

那覇市

BCG予防接種 予診票

診察前の体温 () 度 分) ※体温は医療機関で測り記入してください。

予防接種を受ける人の氏名	(フリガナ) -----	男・女	生年月日	年 月 日生 (月齢 ケ月)
保護者の名		電話番号	TEL	— —
住所※	那覇市			

※必ず住民登録している住所を記入してください。那覇市の住民登録者以外がこの予診票で接種する場合は、全額自己負担となります。

質問事項			回答欄	医師記入欄
1	今日受ける予防接種及び裏面の注意事項を確認しましたか		はい	いいえ
2	あなたの赤ちゃんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g	分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あつた あつた ある	なかつた なかつた ない
3	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()		はい	いいえ
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		はい	いいえ
5	生まれてから今までに家族などの身のまわりに結核にかかった方がいましたか		はい	いいえ
6	1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなど の病気の方がいましたか 病名 ()		はい	いいえ
7	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()		はい	いいえ
8	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		はい はい	いいえ いいえ
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか		はい はい	いいえ いいえ
10	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつたことがありますか 薬・食品名 ()		はい	いいえ
11	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	いいえ
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなつたことはありますか 予防接種の種類・症状 ()		ある	ない
13	近親者にBCG接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか		はい	いいえ
14	今日のBCG接種について質問がありますか		はい	いいえ

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は **(実施できる・見合わせる)** と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに **(同意します ・ 同意しません)** ※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が那覇市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名(使用期限注意)	接種量	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入下さい)		
ワクチン名(Lot No.) 予診のみ □	規定量をBCG用管 針を用いて経皮接種	実施場所 医師名 接種(予診)年月日	年	月

※予診のみの場合は□にチェックを入れてください。

※太枠内にご記入ください。