

BCG 予防接種予診票

書くところは、⑪です。

鴨川市

見本 (これを 見て、書いてください。)

年：～11か月

住所 (住んでいるところ)	① 鴨川市 横渚 1450	② 予防接種をする日： 2021年 6月 1日	③ 医師が診る前の体温(体温の温度) 36度 7分
フリガナ		④ 性別	⑦ 子どもが生まれた日 2021年 4月 2日 (0歳 1か月)
子どもの名前	⑤ John Smith	⑥ おとこ男 / おんな女	⑧ あなたの名前 Emily Smith

予防接種をする前にあなたに聞きます	どちらかに ○	医師記入欄
今日の予防接種について市から届いた紙を読みましたか？	⑨ いいえ / はい	
生まれた子どものことを教えてください。生まれたときの体重(体の重さ)()g 産んでいるときに子どもの体の具合が悪いと医師が言いましたか？ 生まれたときに子どもの体の具合が悪いと医師が言いましたか？ 健診で体の具合が悪いと医師が言いましたか？	あつた / なかつた あつた / なかつた ある / ない	ひだり ぶん よ 読んで どちらかに ○
今日、子どもの体の具合が悪いところはありますか？ どうしましたか？ ()	はい / いいえ	
子どもが1か月以内に病気にかかりましたか？ 病気の名前 ()	はい / いいえ	
1か月以内に家族やいっしょに遊んでいる人に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか？ (病気の名前：)	はい / いいえ	
家族などが結核にかかりましたか？	はい / いいえ	
1か月以内に予防接種をしましたか？ 予防接種をした日とその名前 (月 日：)	はい / いいえ	
生まれてから先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気がありますか？ 医師が診ていますか？ 病気の名前 ()	はい / いいえ	
【“はい”に○をした人】病気を診ている医師が「今日、予防接種をしていいです」と言いましたか？	いいえ / はい	
ひきつけ(けいれん)になったことがありますか？ 最後のけいれんは () 歳頃	はい / いいえ	
そのとき熱が出ましたか？	いいえ / はい	
薬や食べもので肌に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか？ () 歳頃 薬や食べものの名前 () どうしましたか？ ()	はい / いいえ	
家族に先天性免疫不全の人はいますか？	はい / いいえ	
予防接種で体の具合が悪くなったことはありますか？ 予防接種の名前 ()	はい / いいえ	
家族に予防接種で具合が悪くなった人はいますか？	はい / いいえ	
6か月以内に輸血(血を体に注入すること)やガンマグロブリンの注射をしましたか？	はい / いいえ	
今日の予防接種で、聞きたいことがありますか？ 聞きたいこと ()	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・見合わせたほうがよい)と判断します。
 見合わせた場合の理由 () 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。
 医師の自筆署名又は記名押印

⑩ (します・しません) ※どちらかに ○
 この予診票は、予防接種を安全にするためです。市に渡してもいいです。
 あなたの 名前 Emily Smith