

BCG疫苗（卡介苗） 接种预诊票

请在下面粗线框内的问项中填写必要事项，并在回答栏中选择一方画上圈。

診察前体温

度

提 问 事 项		回 答 栏		医生填写栏
1	是否已经阅读了足立区发给的关于今天的预防接种的说明书？	否	是	
2	此项询问孩子的发育既往史。			
	出生时体重（ ） g	分娩时是否有异常？	是 否	
		出生后是否有异常？	是 否	
	婴儿健康检查时是否曾被告知有异常？	是	否	
3	今天身体是否有不适？ 请填写具体症状。（ ）	是	否	
4	最近 1 个月以内是否患过病？ 病名（ ）	是	否	
5	最近 1 个月以内在家庭成员或玩耍伙伴中，是否有患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病的人？ 病名（ ）	是	否	
6	从出生至今，在家庭成员等身边的人中是否有患结核的人？	是	否	
7	最近 1 个月以内是否接种过疫苗？ 疫苗名（ ） 接种日 / （ ）	是	否	
8	从出生至今，是否因患先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症、或其他疾病，正在接受医生治疗？ 病名（ ）	是	否	
	正在治疗上述疾病的医生是否认为可以接种今天的疫苗？	是	否	
9	现在，是否正在使用类固醇药剂（内服）或免疫抑制剂等特殊药品？	是	否	
10	过去是否曾有痉挛发作？ 在大约（ ）岁的时候	是	否	
	痉挛发作时是否伴有发烧？	是	否	
11	是否曾因药物或食品致使皮肤发疹、出荨麻疹，或身体不适？	是	否	
12	近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人？	是	否	
13	过去是否曾因接种疫苗产生过不良反应？ 疫苗名（ ）	是	否	
14	近亲中是否有因接种疫苗产生过不良反应的人？	是	否	
15	您对今天的预防接种是否有疑问？	是	否	

醫師記入欄

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。

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

保護者填写栏 通过接受医生的诊察及说明，我在理解了预防接种的效果、目的、产生严重副作用的可能性、预防接种健康被害救济制度等各种情况之上， （ 同意 不同意 ） 接种疫苗。 ※请在括号中选择一方画上圈。 本预诊票的目的是为了确保预防接种的安全性。对此事我已理解，并同意把本预诊票交给区政府。 保护者亲笔签名或 陪同者签名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">使用ワクチン</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">実施場所・接種医師名</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認 </td> <td style="width: 30%;"></td> <td colspan="2" rowspan="3" style="vertical-align: top; text-align: center;"> 実施場所 接種医師名 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">接種量</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0. 1ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">接種部位（皮下）</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">左・右</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">上 腕 その他（ ）</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">接種（予診）年月日</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> 年 月 日 </td> </tr> </table>	使用ワクチン		実施場所・接種医師名		Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		実施場所 接種医師名		接種量		0. 1ml		接種部位（皮下）				左・右	上 腕 その他（ ）	接種（予診）年月日	年 月 日
使用ワクチン		実施場所・接種医師名																			
Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		実施場所 接種医師名																			
接種量																					
0. 1ml																					
接種部位（皮下）																					
左・右	上 腕 その他（ ）	接種（予診）年月日	年 月 日																		