Ｂ Ｃ Ｇ （結核）
定期予防接種予診票

住　　所	朝倉市		診察前の体温 度　　分
ふりがな		男 女	生年月日
受ける人の氏名			令和　　年　　月　　日生
保護者の氏名	TEL:		（ 満　　か月 ）

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さ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	なかった なかった ない	あった あった ある	
今日体に具合の悪いところがありますか　　症状（　　）	いいえ	はい	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか　　病名（　　）	いいえ	はい	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ 麻しん　風しん　水痘　おたふくかぜ　その他:　　）	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか 1週間以内（B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、その他　　）	いいえ	はい	
4週間以内（ロタ、その他　　）	いいえ	はい	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症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（ 先天性異常　心臓　腎臓　肝臓　脳神経　免疫不全症　その他:　　）	いいえ	はい	
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	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　　（　　カ月頃）	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか　　（　　度　　分）	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（　　）	ない	ある	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

【医師記入欄】 保護者又は本人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しました。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は （ **可能** ・ **見合わせる** ）	医師署名又は記名押印
医師の診察・説明（ワクチン成分も含む）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、接種を希望しますか （ **希望します** ・ **希望しません** ） 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 （委任の場合は受任者）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
BCGワクチン Lot №. ※有効期限が切れていないか確認	規定量をBCG用管針を用いて経皮接種	実施場所 医師名 接種年月日　　令和　　年　　月　　日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。