

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

住所	千葉市 区		電話	— —	
予防接種番号			実施日		
フリガナ			性別	西暦 2 0	年 月 日
氏名			保護者氏名		
生年月日	西暦	年 月 日	子の満年齢	歳 か月	

(↑ 予防接種番号シールをはってください)

診察前の体温 度 分

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、千葉市から配られている説明書、予診票裏面の記載事項は読みましたか。(まだの方は必ずお読みください。)	よんだ		
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 生まれた時に異常がありましたか。	あった	なかった	
生まれてから異常がありましたか。	あった	なかった	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名(月 日～ 月 日)			
1か月以内に家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名(月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など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	
生まれてから今までにBCGを受けたことがありますか。	ある	ない	
1か月以内に予防接種を受けましたか。※母子手帳の予防接種記録を見ながら記入してください。	はい	いいえ	
種類:日付 (ロ タ : 月 日) (肺炎球菌 : 月 日)			
(B型肝炎 : 月 日) (五種混合 : 月 日)			
(: 月 日) (: 月 日)			
生まれてから今までに特別な病気(結核、先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、川崎病、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。	はい	いいえ	
病名()			
”はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
輸血あるいはガンマグロブリンの注射、副腎皮質ホルモンの内服などを受けましたか。	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。(生後 か月)頃	はい	いいえ	
”はい”と回答した場合、そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で発しん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。	はい	いいえ	
家族や親せき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	
家族や親せきにBCG接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある	ない	
予防接種名()			
今日のBCG接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
ある場合()			

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名			実施場所・実施医療機関名	コード
Lot.No.				
有効期限	西暦	年 月 日		
接種の適否	接種量	接種部位	接種医師名(接種否の場合は判定医師)	コード
1. 適	規定量をBCG用管針を用いて経皮接種	右・左		
2. 否				

医師の記入欄
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。
予診医師署名又は記名押印

保護者(または代理者)の記入欄 (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、接種することに (<u>同意します</u> ・ <u>同意しません</u>)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者(または代理者)自署

(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的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

BCG接種の準備

(1) 持ち物と服装について

- ① 接種前日は入浴させ、清潔な肌着を着せてください。当日は、脱ぎ着をしやすい衣服を着せましょう。
- ② 接種当日は記入したBCG予診票と母子健康手帳を持参してください。
当日に母子健康手帳をお忘れの場合は、接種履歴の確認がとれませんので、「予防接種間違い」を防止するため、BCG接種をお断わりさせていただきます。
- ③ 髪の毛の長い保護者の方は、BCG接種部位に髪の毛が触れないように束ねてください。
- ④ 貴重品等の手荷物は、体から離さないようにしてください。
- ⑤ 保護者の方は、ハイヒールやブーツ、サンダルなどの靴はなるべく避けましょう。

(2) 予診票について

- ① 予診票は必ず保護者の方が責任をもって記入し、お子さんの健康状態で特別なことがあったら、予診票に記入してください。また、予防接種番号シールを貼ってください。
- ② 予診票右下の保護者サインは、当日会場にお子さんを連れてきてくれた方の氏名を記入してください。
- ③ 体温は診察前に会場で測定しますので、記入しないでください。
- ④ 予防接種は、保護者(父または母)が同伴することが原則です。特別な理由で保護者が引率できず、代理の方が同伴する場合は、委任状が必要です。

予防接種健康被害救済制度について

定期の予防接種により重篤な健康被害が発生した時には、予防接種法の規定により、発生した健康被害の救済が行われることになっています。千葉市から千葉県を經由して厚生労働省へ認定手続きをすることになります。