

## BCG接種予診票(成人用)

診察前の体温	度	分	ツベルクリン反応検査の結果		
住 所					
氏 名		男・女	生年月日	年	月 日

	質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
2	今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください( )	はい	いいえ	
3	現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ	
	治療(投薬など)を受けていますか。( ) 副腎皮質ホルモン剤などの免疫抑制剤の治療を受けていますか。 その病気の主治医から今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
4	最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい	いいえ	
5	最近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	
6	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
7	これまでに結核、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかった ことがありますか。 病名( )	はい	いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 ( 歳のとき)	はい	いいえ	
9	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。 具体的に( )	はい	いいえ	
10	けがや注射でケロイドができやすいですか。	はい	いいえ	
11	BCG接種を受けたことがありますか。 いつですか( 歳のとき)	はい	いいえ	
12	予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類( ) 症状( )	はい	いいえ	
13	家族や友人のなかに最近結核を発病した方がいますか。 具体的に( )	はい	いいえ	
14	今日の予防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( 可能 ・ 見合わせる )  
 予防接種の効果、副反応について説明した  
 医師署名または記名押印

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などについて理解した上で、  
 接種を希望しますか？ ( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )  
 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、同意します。 自署 \_\_\_\_\_

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
乾燥BCGワクチン Lot No.	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	平成 年 月 日