

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。)

(使用不可消去的圆珠笔, 请在粗框内用清晰的文字填写。)

BCG 接種予診票 対象年齢：1 歳未満 (標準的な接種期間は生後 5~8 か月未満)

卡介苗(BCG)预防接种问卷 适用年齢：1 岁未満 (标准的接种期间为 5~8 个月以内)

住所 地址	春日井市	診察前の体温 診断前体温	
		度	分
フリガナ 平假名	TEL 电话	直近1か月に受けた予防接種	
		最近的1个月以内接受过其他的预防接种	
		年 月 日 (種類 种类)	年 月 日 (種類 种类)
受ける人の氏名 接種者姓名	男 女	生年月日 出生年月	年 月 日生 (満満 か月 个月)
保護者の氏名 家长姓名	*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。.		

質問事項 提 問 事 項	回答欄 回 答 欄	医師記入欄 医 生 填 写 欄
1 今日、今日の予防接種について「予防接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか 关于今天的预防接种, 是否已阅读、并理解了“预防接种和孩子的健康”的说明等?	はい 是	いいえ 否
2 お子さんの発育歴についておたずねします 询问有关婴儿发育的经历 出生体重 () g 克 分娩時に異常がありましたか 分娩时是否有异常? () 出生後に異常がありましたか 出生后是否有异常? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか 在婴儿的健康检查时、是否曾被告知有异常? ()	なかった 无	あった 有
3 今日、体に具合の悪いところがありますか 今天、身体是否有不舒服? 具体的な症状を書いてください 请填写具体的症状 ()	いいえ 否	はい 是
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか 最近一个月内有生过病吗? 病名 () 月 日 ~ 月 日頃 (日左右)	いいえ 无	はい 有
5 皮膚病にかかっていますか 是否有得过皮肤疾病? 病名 ()	いいえ 无	はい 有
6 今、副腎皮質ホルモン剤を使用していますか 现在有使用肾上腺皮质激素类药物(又称类固醇类激素药物)吗? 病名 () 薬品名 药物名 () 薬の種類 药的种类 (のみ薬 药片・ぬり薬 涂敷药膏・貼り薬 贴敷药・注射 注射药) ぬり薬の場合、ぬった場所 如果是涂敷药膏之类时, 涂敷的部位 ()	いいえ 否	はい 是
7 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人がいましたか 从出生到现在是否有家人和周围朋友等得过结核病?	いいえ 无	はい 有

