

(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。)
 (Please fill out the bold frames in easy-to-read characters with an indelible ballpoint pen)

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）

BCG Vaccine Screening Questionnaire

Target age: less than 1 year old (5 months to 8 months old as a standard vaccination period)

住 所 Address	春日井市 Kasugai - shi		診察前体温 Body temperature before exam ℃	
	TEL — —		直近1か月に受けた予防接種 Other vaccination received within the past month 年year 月month 日day (種類 Type of Vaccine) 年year 月month 日day (種類 Type of Vaccine) 年year 月month 日day (種類 Type of Vaccine)	
ふりがな In Hiragana		男・女 M・F	生年 月日 Born on	年year 月month 日day Date of Birth (満 Age か月 months)
受ける人の氏名 Child's Name				
保護者の氏名 Parent/ Guardian's Name			* 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 Questionnaire for Vaccination		回 答 欄 Answer		医師記入欄 Doctor's comment
1	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 Have you read and understood "Vaccination and Children's health" and other information material about the vaccination you'll be receiving today?	はい Yes	いいえ No	
2	お子さんの発育歴についておたずねします Please answer the following questions about the developmental history of the child. 出生体重 Birth Weight () g 分娩時に異常がありましたか Did the child have any abnormal findings at delivery? () 出生後に異常がありましたか Did the child have any abnormal findings after birth? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Was any abnormality identified at an infant health check? ()	なかった No なかった No ない No	あった Yes あった Yes ある Yes	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Is the child sick today? 具体的な症状を書いてください If yes, describe the nature of the illness ()	いいえ No	はい Yes	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか Has the child been ill in the past month? 病名 Disease name () About when 月month 日day～ 月month 日頃day	いいえ No	はい Yes	
5	皮膚病にかかっていますか Does the child have a skin disease? 病名 Disease name ()	いいえ No	はい Yes	
6	今、副腎皮質ホルモン剤を使用していますか Is the child using corticosteroids now? 病 名 Disease name () 薬品名 Medicine name () 薬の種類 Type of Medicine (のみ薬 pill・ぬり薬 ointment・貼り薬 patch・注射 injection) ぬり薬の場合、ぬった場所 If it's ointment, where was it applied? ()	いいえ No	はい Yes	
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 Has somebody around the child such as family member ever been diagnosed with tuberculosis from birth to now?	いいえ No	はい Yes	
8	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? 病名 Disease name () About when? 月month 日頃day	いいえ No	はい Yes	

9	直近1か月に受けた予防接種との接種間隔は適切ですか If the child received other vaccination in the past month, is the interval appropriate?	はい Yes	いいえ No	
10	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 Has the child ever been treating of congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, neurologic, immunodeficiency or other diseases from birth to now? Is the child consulting any doctor for those diseases? 病名Disease name ()	いいえ No	はい Yes	
	(「はい」の人のみ) Only for those who answered "Yes" その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いといわれましたか Did the doctor in charge of the above disease agree with today's vaccination?	はい Yes	いいえ No	
11	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? About what age? (か月頃months old)	いいえ No	はい Yes	
	(「はい」の人のみ) Only for those who answered "Yes" そのとき熱が出ましたか Did the child have a fever at that time?	いいえ No	はい Yes	
12	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか Does the child have a family member or relative diagnosed with congenital immunodeficiency?	いいえ No	はい Yes	
13	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 Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? 予防接種の種類Type of vaccine () 症状Symptom ()	いいえ No	はい Yes	
14	近親者にBCG接種を受けて具合が悪くなった人はいますか Has any family member or relative of the child ever felt sick after receiving BCG vaccination in the past? 誰がWho () 症状Symptom ()	いいえ No	はい Yes	
15	今日のBCG接種について質問がありますか Do you have any questions about today's BCG vaccination?	いいえ No	はい Yes	
医師記入欄Doctor's comment 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・見合わせた方がよい)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(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)		体温37.5℃以上で接種した理由	見合わせ理由	
<p>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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を受けることに (同意します・同意しません)</p> <p>Having received the doctor's examination and explanation and having understood the aims and effects of this immunization, the risk of severe side effects and the vaccine injury compensation program, I (do・do not) give consent for the child to be vaccinated.</p> <p>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、本予診票が市に提出されることに同意します。</p> <p>This questionnaire has the purpose to ensure the vaccination's safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city.</p> <p>保護者署名Parent/Guardian's Signature</p> <p>(自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄)</p> <p>(self-signed, first and last name/If you're not guardian, your first and last name, relationship)</p>				
使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日		予診年月日
ワクチン名 BCG ワクチン Lot No. ロットシール貼付 (注)有効期限が切れていないか要確認	(経皮接種) 1滴	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日		令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入