BCG予防接種予診票（1/2）　卡介苗接种问诊表

広島市 広島市政府

家长/监护人必须填写办理住民登记时所登记的的地址、姓名、性别及出生日期，并回答所有问题。
住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

问诊日期（予診年月日）	年　月　日	**体检前的体温**（診察前の体温）	℃

住址（住所）	**联络电话/**電話番号（　　）

受种者姓名（受ける人の氏名） **性别**（性別）　男 / 女	**出生日期**（生年月日） **年龄**（年齢）	年　月　日 （　）岁（　）个月	**家长/监护人姓名**（保護者の氏名）

请圈选合适的答案并在括号内填写相关内容。次の質問事項に該当するものを〇で囲んでください。(　)にはその内容を書いてください。

问题（質問事項）	**答题栏**（回答欄）		**医生意见**（医師記入欄）
您是否已阅读并理解有关本次疫苗接种的说明？（请参见第2页的《疫苗接种与儿童健康》。） 今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	是	否	
您的孩子（受种者）是否为广岛市民（在广岛市办理好住民登记且已领取住民票的人士）？ 接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	是	否	
以下问题与您孩子的成长与发育有关。　あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 出生体重（　　）公克　出生体重（　　）g 婴儿在出生时是否曾出现过异常？　分娩時に異常がありましたか。 婴儿在出生后是否曾出现过异常？　出生後に異常がありましたか。 您是否曾在婴儿体检时被告知婴儿有异常？　乳児健診で異常があると言われたことがありますか。	是 是 是	否 否 否	
您的孩子今天身体是否有哪里感到不适？如果有，请描述具体症状。（　　） 今日、体に具合の悪いところがありますか。「はい」の場合、具体的な症状を書いてください。	是	否	
您的孩子在过去一个月内是否生过病？如果有，请写下该病名称。（　　） 1か月以内に病気にかかりましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。	是	否	
在过去一个月内，您孩子的家人或玩伴中是否有人患过麻疹、风疹、水痘或流行性腮腺炎等疾病？ 如果有，请写下该病名称。（　　） 1か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。「はい」の場合、病名を書いてください。	是	否	
自您的孩子出生以来，身边的亲人中是否有人曾被诊断患有结核病？ 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。	是	否	
您的孩子在过去一个月内是否接种过任何疫苗？如果有，请写下该疫苗的名称。（　　） 1か月以内に予防接種を受けましたか。「はい」の場合、受けた予防接種を書いてください。	是	否	
您的孩子从出生到现在是否曾因患有先天性障碍，或是心脏、肾脏、肝脏、神经系统、免疫缺陷等疾病而接受过治疗？如果有，请写下该病名称。（　　） 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。 「はい」の場合、病名を書いてください。	是	否	
负责诊治上述疾病的医生是否批准了您的孩子今天接种疫苗？ その病気を診てもらっている医師に、本日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	是	否	
您的孩子有过惊厥的经历吗？如果有，是在几岁时发作的？（　　） ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。「はい」の場合、何歳頃に起こしましたか。	是	否	
您的孩子当时是否发烧？　その時、発熱をしましたか。	是	否	
您的孩子是否曾在食用某些食物或服用某些药物后出现皮疹或感到不适？ 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。	是	否	
您的孩子是否有近亲被诊断患有先天性免疫缺陷？ 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。	是	否	
您的孩子是否曾在接种疫苗后感到不适？如果有，是哪种疫苗？（　　） 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。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。	是	否	
孩子的近亲中是否有人在接种疫苗后感到不适？ 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。	是	否	
在过去六个月内，您的孩子是否接受过输血或丙种球蛋白注射？（请参见页尾说明。） 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか(※)	是	否	
您对今天的疫苗接种有疑问吗？　今日の予防接種について質問がありますか。	是	否	

说明：丙种球蛋白是一种提取自血液的物质，可通过注射来预防感染如甲型肝炎等感染疾病或治疗重症感染。对于在过去3至6个月内接受过丙种球蛋白注射的受种者来说，接种其他疫苗，如麻疹疫苗等，可能不会有显著的功效。

※ 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目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か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

《疫苗接种与儿童健康》（説明書）

公益財団法人疫苗接种研究中心
（(公財)予防接種リサーチセンター）

医生专用（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 (実施できる・見合わせたほうがよい) と判断します。

・接種を見合わせる理由（　　）

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。

医師署名又は記名押印＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家长/监护人知情同意栏（保護者記入欄）

本人已在受种者接受体检后听取了医生的说明，并在清楚了解疫苗接种的作用与目的，受种者在接种疫苗后可能出现严重副作用的可能性以及有关疫苗伤害赔偿规划内容的情况下（ 同意 / 不同意 ）让医生为受种者接种疫苗。（请圈选同意或不同意）

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、接種することに(同意します・同意しません）（←いずれかに〇をしてください。）

本问诊表是为了确保受种者能够安全的接受疫苗接种而设。本人对此表示理解并同意将此表提交给广岛市政府。

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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

家长/监护人署名（保護者自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種（予診）年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	規定量をBCG用管針を用いて経皮接種	医療機関所在地 医療機関名 医師名 接種（予診）年月日　令和　年　月　日

(注)予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。