

R S ウイルス感染症予防接種（妊婦用）のお知らせ（説明書）

予防接種法に基づく定期接種として下記のとおり実施いたします。

- 対象者** 接種日時時点で京都市に住民票がある、妊娠 28 週 0 日から 36 週 6 日までの妊婦の方
※ 過去の妊娠時に組換え R S ウイルスワクチン（母子免疫ワクチン）を接種したことのある方も対象です。
- 接種回数** 妊娠ごとに 1 回（筋肉内に接種）
- 実施場所** 京都市予防接種協力医療機関
- 実施期間** 年間を通じて実施します。
- 接種方法** 京都市予防接種協力医療機関において、予約方式で行います。まず、医療機関に申し込み、接種日時の予約をして、別紙予約票及び予防接種券に必要事項を記入し、指定日時に予防接種を受けてください。その際、必ず本人確認書類（マイナンバーカード等）及び母子健康手帳をご持参ください。
※ 予防接種券内の「母子健康手帳番号」は右詰めをお願いします。なお、ご不明な場合は空欄のまま構いません。
- 料金** 無料です。



(協力医療機関はこちら)

R S ウイルス感染症とは

R S ウイルスは特に小児や高齢者に呼吸器症状を引き起こすウイルスで、1 歳までに 50% 以上が、2 歳までにほぼ 100% の乳幼児が、少なくとも 1 度は感染するとされています。感染すると、2～8 日の潜伏期間ののち、発熱、鼻汁、咳などの症状が数日続き、一部では気管支炎や肺炎などの下気道症状が出現します。初めて感染した乳幼児の約 7 割は軽症で数日のうちに軽快しますが、約 3 割では咳が悪化し、喘鳴（ゼーゼーと呼吸しにくくなること）や呼吸困難、さらに細気管支炎の症状が出るなど重症化することがあります。

母子免疫ワクチンとは

生まれたばかりの乳児は免疫の機能が未熟であり、自力で十分な量の抗体をつくることができないとされています。母子免疫ワクチンとは、妊婦が接種すると、母体内で作られた抗体が胎盤を通じて胎児に移行し、生まれた乳児が出生時から病原体に対する予防効果を得ることができるワクチンです。

| | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 接種スケジュール | 妊娠28週0日から36週6日までの間に1回接種。 ※接種後14日以内に出生した乳児における有効性は確立していないことから、妊娠38週6日までに産産を予定している場合は医師に相談してください。 |
| 接種に注意が必要な方 | ・接種によって妊娠高血圧症候群の発症リスクが上がるという報告もあるため、妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと医師に判断された方や、今までに妊娠高血圧症候群と診断された方 ・筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方 |

ご注意

以下の項目に該当する方は、接種できません。

- ① 明らかな発熱を呈している方（通常 37.5℃以上をいいます。）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ 組換えワクチン（アプリスボ®）の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方

以下の項目に該当する方は、接種に注意が必要です。

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方
- ② 予防接種を受けて 2 日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方
- ③ けいれんを起こしたことがある方
- ④ 免疫不全と診断されている方や近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ⑤ 組換えワクチン（アプリスボ®）の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方

ワクチンの効果

| | | 生後 90 日時点 | 生後 180 日時点 |
|-------------|--------------------------------------|------------|------------|
| 母子免疫ワクチンの効果 | R S ウイルス感染による医療受診を必要とした下気道感染症の予防 | 6 割程度の予防効果 | 5 割程度の予防効果 |
| | R S ウイルス感染による医療受診を必要とした重症下気道感染症* の予防 | 8 割程度の予防効果 | 7 割程度の予防効果 |

*医療機関への受診を要する R S ウイルス関連気道感染症を有する R S ウイルス検査陽性の乳児で、多呼吸・SpO₂ 93%未満・高流量鼻カニューラまたは人工呼吸器の装着・4 時間を超える ICU への収容・無反応・意識不明のいずれかに該当と定義しています。

ワクチンの安全性

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、ショック・アナフィラキシーがみられることがあります。

また、ワクチン接種による妊娠高血圧症候群の発症リスクに関して、薬事承認において用いられた臨床試験では、妊娠高血圧の発症リスクは増加しませんでした。海外における一部の報告では、妊娠高血圧症候群の発症リスクが増加したという報告もあるものの、交絡因子等の影響の可能性があることから解釈に注意が必要であるとされています。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

| 発現割合 | 主な副反応 |
|-------|---------------------------------|
| 10%以上 | 疼痛*(40.6%)、頭痛(31.0%)、筋肉痛(26.5%) |
| 10%未満 | 紅斑*、腫脹* |
| 頻度不明 | 発疹、蕁麻疹 |

* ワクチンを接種した部位の症状

他のワクチンとの同時接種・接種間隔

医師が特に必要と認めた場合は、他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、海外の知見で、百日咳菌の防御抗原を含むワクチンとの同時接種で、百日咳菌の防御抗原に対する免疫応答が低下するとの報告があり、接種間隔等については医師と相談してください。

接種を受けた後の注意点

- 1 ワクチンの接種後 30 分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。
- 2 注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありません。
- 3 当日の激しい運動は控えるようにしてください。

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引き起こされた副反応により、健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。ただし、その健康被害が予防接種により引き起こされたものか、別の要因によるものなのかの因果関係を国の審査会にて審議され、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。接種を受けたご本人及び出生した児が対象となります。

お問合せ

○ 京都いつでもコール

TEL:075-661-3755/FAX:075-661-5855

○ 京都市保健福祉局 医療衛生推進室 医療衛生企画課

TEL:075-222-4421/FAX:075-708-6212

※お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター子どもはぐみ室でも、ご相談を承ります。

【おかけ間違いにご注意ください。】



(詳しくはこちら)

08.04

RSウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用)

※太枠の中のみボールペンで記入してください(鉛筆や消えるボールペンは不可)。

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|---------|
| 診察前の体温 | | 度 | 分 |
| 住 所 | 京都市 () 区 | | |
| 受ける人の氏名 | 接種日時点 の妊娠週数 | 週 | 日 目 |
| 生年月日 | ※定期接種対象期間：妊娠28週0日～36週6日まで | | |
| 西暦 ・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 (満 歳) |
| 出生予定日 | 年 | 月 | 日 |
| 今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入して、○で囲んでください。 | | | |
| 質 問 事 項 | | 回 答 欄 | 医師記入欄 |
| (1) RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 | | はい | いいえ |
| ある場合、それは今回の妊娠中ですか。 | | はい | いいえ |
| (2) 今日受ける予防接種について説明書を読みましたか | | いいえ | はい |
| (3) 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。 | | いいえ | はい |
| (4) 現在、何か病気にかかっていますか。 | | はい | いいえ |
| 病名 () | | | |
| 治療(投薬など)を受けていますか。 | | はい | いいえ |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | | いいえ | はい |
| (5) 免疫不全と診断されたことがありますか。 | | はい | いいえ |
| (6) 今日、体に具合の悪いところはありますか。 | | はい | いいえ |
| 具体的な具合の悪い症状を書いてください。() | | | |
| (7) 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。 | | はい | いいえ |
| 予防接種の種類 () | | | |
| (8) ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 | | はい | いいえ |
| (9) 薬や食品で皮膚に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 |
| (10) 1か月以内に予防接種を受けましたか。 | | はい | いいえ |
| 予防接種の種類 () | | | |
| (11) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかり医師の診察を受けたことはありますか。 | | はい | いいえ |
| 病名 () | | | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | | いいえ | はい |
| (12) 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 | | はい | いいえ |
| 病名 () | | | |
| (13) 今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を 発症するリスクが高いと言われたことはありますか。 | | はい | いいえ |
| (14) 妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。 | | はい | いいえ |
| (15) 今日の予防接種について質問がありますか。 | | はい | いいえ |

私は、医師の診察・説明を受けRSウイルス感染症予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種を希望します。また、この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解し、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日
被接種者(被接種者が満16歳未満の場合は保護者)自署*
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
代筆者署名 (続柄)

〈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)と判断します。
本人に対して、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

RSウイルス感染症 予防接種券(妊婦用)

※ボールペンで記入してください(鉛筆や消せるボールペンは不可)。

40

ふりがな
被接種者氏名 _____
生 年 月 日 _____ 日
(和 曆) _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ 歳 _____ 月

母子健康
手帳番号 _____

住 所 京都市 _____ 区 _____

電 話 番 号 _____ - _____

接 種 日 時 点
の 妊 娠 週 数 _____ 週 _____ 日 目

接 種 年 月 日 _____ 日
(和 曆) _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下医療機関記入欄

接種回数 _____ 回目
接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
所 在 地 _____
名 称 _____
医 師 名 _____

| | | |
|--------|-------------------|-------|
| 使用ワクチン | RSウイルス (アブリスボ) | ロット番号 |
|--------|-------------------|-------|

(協力医療機関で取り取ってもらうこと)

医師記入欄

| | | |
|------------|--------|----------------|
| ※ 特記事項 | | |
| ※ 異常所見 | | |
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名 | (筋肉内) | 実施場所 |
| Lot No. | 0.5 ml | 医師名 |
| 有効期限 . . . | | 接種年月日 年 月 日 |

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院、また連絡のあった場合に記入してください。

| 来院又は連絡日 | 月 | 日 | 接種後 | 日目 |
|------------|----------------------------------------|------------------|-----|------|
| 副反応 | | | | |
| 発熱 | ℃ | 接種後 | 日目 | |
| | ℃ | 接種後 | 日目 | |
| 腫脹・硬結 | 程度 | 強・中・弱 | 接種後 | 日目から |
| | 部位 | 全身・体の一部 () | | |
| その他 | 鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他 () | | | |
| | ※ 接種前湿しんのあった者 状態 増悪・不変・軽快 大きさ 拡大・縮小 | | | |
| 再来院日 | | | | |
| 治療・検査・経過観察 | 要・否 | カルテ作成 社・国・自費、No. | | |
| 備考 | | | | |

京都市保健福祉局

07.09

麻しん・風しん 予防接種予診票

※太枠の中のみボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。 年 月 日 記入

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|--------|----------|--------|-------|
| 回数 | 第1期（1回目） | 第2期（2回目） | 診察前の体温 | | 度 | 分 |
| 住所 | 京都市 区 | | | | | |
| （ふりがな） 受ける人の氏名 | （ ） | | 男・女 | 生年 | 年 月 日生 | |
| 保護者の氏名 | （TEL. ） | | 月日 | （満 歳 か月） | | |
| お子さんの今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、○で囲んでください。 | | | | | | |
| 質問事項 | | | | 回答欄 | | 医師記入欄 |
| (1) 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか | | | | いいえ | はい | |
| (2) 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 分娩時に異常がありましたか | | | | はい | いいえ | |
| 出生後に異常がありましたか | | | | はい | いいえ | |
| 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか | | | | はい | いいえ | |
| (3) 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（ ） | | | | | | |
| (4) 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名（ ） | | | | はい | いいえ | |
| (5) 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 病名（ ） | | | | はい | いいえ | |
| (6) 1か月以内に予防接種を受けましたか | | | | はい | いいえ | |
| 予防接種の種類（ ） | | | | | | |
| (7) 麻しんにかかったことがありますか | | | | はい | いいえ | |
| 風しんにかかったことがありますか | | | | はい | いいえ | |
| (8) 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 病名（ ） | | | | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | | | | はい | いいえ | |
| (9) ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃 | | | | はい | いいえ | |
| そのときに熱が出ましたか | | | | はい | いいえ | |
| (10) 薬や食品で皮膚に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 | |
| (11) 今までにカナマイシン、エリスロマイシンでアレルギー反応を起こしたことがありますか | | | | はい | いいえ | |
| (12) 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 | | | | はい | いいえ | |
| (13) 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 | いいえ | |
| 予防接種の種類（ ） | | | | | | |
| (14) 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 | | | | はい | いいえ | |
| (15) 6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか | | | | はい | いいえ | |
| (16) 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うえで、接種することに（同意します・同意しません）※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が京都市に提出されることに同意します。 | | | | | | |
| 保護者自署 | | | | | | |

（医師の記入欄） 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。

医師署名又は記名押印

（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。

麻しん・風しん 予防接種券

※ボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。

12

ふりがな 男・女
被接種者氏名

生年月日 年 月 日
（和暦） 年 月 日
歳 月

母子健康手帳番号

住所 京都市 区

電話番号 - -

保護者氏名

接種年月日 年 月 日
（和暦） 年 月 日

以下医療機関記入欄

接種回数

接種年月日 年 月 日 期

所在地

名称

医師名

| | | |
|--------|------------|-------|
| 使用ワクチン | MR・麻しん・風しん | ロット番号 |
|--------|------------|-------|

（協力医療機関で取り扱ってもらってください）

医師記入欄

| | | |
|---------|--------|----------------|
| ※ 特記事項 | | |
| ※ 異常所見 | | |
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名 | (皮下接種) | 実施場所 |
| Lot No. | 0.5 ml | 医師名 |
| 有効期限 | | 接種年月日 年 月 日 |

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

| 来院又は連絡日 | 月 | 日 | 接種後 | 日目 |
|------------|----------------------------------------|---------|------------------|------|
| 副反応 | | | | |
| 発熱 | ℃ | 接種後 | 日目 | |
| | ℃ | 接種後 | 日目 | |
| 腫脹・硬結 | 程度 | 強・中・弱 | 接種後 | 日目から |
| | 部位 | 全身・体の一部 | (|) |
| その他 | 鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他 () | | | |
| | ※ 接種前湿しんのあった者 状態 増悪・不変・軽快 大きさ 拡大・縮小 | | | |
| 再来院日 | | | | |
| 治療・検査・経過観察 | 要 | 否 | カルテ作成 社・国・自費、No. | |
| 備考 | | | | |

B型肝炎予防接種予診票

※太枠の中のみボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。

年 月 日 記入

| 回数 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 診察前の体温 | 度 | 分 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-----|--------|-----|-------|
| 住所 | 京都市 区 | | | | | |
| (ふりがな) 受ける人の氏名 | () | 男・女 | 生年 | 年 | 月 | 日生 |
| 保護者の氏名 | (TEL.) | | 月日 | (歳 | か月) | |
| おさんの今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、○で囲んでください。 | | | | | | |
| 質問事項 | | | | 回答欄 | | 医師記入欄 |
| (1) 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか | | | | いいえ | はい | |
| (2) あなたのおさんの発育歴についておたずねします | | | | | | |
| 出生体重 () g | | | | はい | いいえ | |
| 分娩時に異常がありましたか | | | | はい | いいえ | |
| 出生後に異常がありましたか | | | | はい | いいえ | |
| 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか | | | | はい | いいえ | |
| (3) 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 () | | | | | | |
| (4) 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 () | | | | はい | いいえ | |
| (5) 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 病名 () | | | | はい | いいえ | |
| (6) 1か月以内に予防接種を受けましたか 種類 () | | | | はい | いいえ | |
| (7) 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 病名 () | | | | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | | | | はい | いいえ | |
| (8) ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 | | | | はい | いいえ | |
| そのときに熱が出ましたか | | | | はい | いいえ | |
| (9) 薬や食品で皮膚に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 | |
| (10) ラテックス過敏症※ですか | | | | はい | いいえ | |
| (11) 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 | | | | はい | いいえ | |
| (12) 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 | いいえ | |
| 予防接種の種類 () | | | | | | |
| (13) 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 | | | | はい | いいえ | |
| (14) 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか | | | | はい | いいえ | |
| (15) 今日予防接種について質問がありますか | | | | はい | いいえ | |
| 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うえで、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこのどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が京都市に提出されることに同意します。 | | | | | | |
| 保護者自署 | | | | | | |

〈医師の記入欄〉 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。

医師署名又は記名押印

※ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等（バナナ、栗、キウイフルーツ、アボカド、メロン等）にアレルギーがある場合にはご相談ください。

B型肝炎予防接種券

※ボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。

26

ふりがな
被接種者氏名

男・女

生年月日
(和暦)
 年 月 日
 歳 月
母子健康
手帳番号

住 所

京都市 区

電 話 番 号

- -

保 護 者 氏 名

接 種 年 月 日
(和暦)
 年 月 日

以下医療機関記入欄

接種回数

接 種 年 月 日

年

月

日

 回

所 在 地

名 称

医 師 名

使用
ワクチン
 ビームゲン (0.25ml)
 ビームゲン (0.5 ml)

 ヘパタックス(シリンジ) (0.25ml)
ロット
番号

医師記入欄

| | | |
|---------|--------|----------------|
| ※ 特記事項 | | |
| ※ 異常所見 | | |
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名 | (皮下接種) | 実施場所 |
| Lot No. | | 医師名 |
| 有効期限 | ml | 接種年月日 年 月 日 |

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

| | | | |
|----------------------------------------|-----------------------|------------------|------|
| 来院又は連絡日 | 月 日 | 接種後 | 日目 |
| 副反応 | | | |
| 発熱 | ℃ | 接種後 | 日目 |
| | ℃ | 接種後 | 日目 |
| 腫脹・硬結 | 程度 強・中・弱 | 接種後 | 日目から |
| | 部位 全身・体の一部 () | | |
| その他 | 鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他 () | | |
| ※ 接種前湿しんのあった者 状態 増悪・不変・軽快 大きさ 拡大・縮小 | | | |
| 再来院日 | | | |
| 治療・検査・経過観察 | 要・否 | カルテ作成 社・国・自費、No. | |
| 備考 | | | |

04.07

BCG 予防接種予診票

年 月 日記入

※太枠の中のみボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。

診察前の体温 度 分

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|---------------------------|
| 住 所 | 京都市 区 | | |
| (ふりがな) 受ける人の氏名 | () | 男・女 | 生年月日 年 月 日生 (歳 か月) |
| 保護者の氏名 | (TEL) | | |
| お子さんの今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、○で囲んでください。 | | | |
| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | 医師記入欄 | |
| (1) 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか | いいえ はい | | |
| (2) 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 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか | はい いいえ はい いいえ はい いいえ | | |
| (3) 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください () | はい いいえ | | |
| (4) 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 () | はい いいえ | | |
| (5) 1か月以内に家族や遊び仲間にはしん、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの 病気の人がいましたか(病名) | はい いいえ | | |
| (6) 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 | はい いいえ | | |
| (7) 1か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 | | |
| (8) 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 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | はい いいえ はい いいえ | | |
| (9) ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱が出ましたか | はい いいえ はい いいえ | | |
| (10) 薬や食品で皮膚に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 | | |
| (11) 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 | はい いいえ | | |
| (12) 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 予防接種の種類 () | はい いいえ | | |
| (13) 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 | 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うえで、接種することに(同意します・同意しません) ※かつご内のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が京都市に提出されることに同意します。 | | | |
| 保護者自署 | | | |

(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。

医師署名又は記名押印

協力医療機関で取り取ってもらうこと

BCG 予防接種券

※ボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。

01

ふりがな 男・女
被接種者氏名生年月日 年 月 日
(和暦) 年 月 日
歳 月母子健康
手帳番号

住 所 京都市 区

電 話 番 号 - -

保 護 者 氏 名

接 種 年 月 日 年 月 日
(和暦)

以下医療機関記入欄

接種回数

接種年月日 年 月 日 1 回目

所 在 地

名 称

医 師 名

| | | |
|--------|----------|-------|
| 使用ワクチン | BCG ワクチン | ロット番号 |
|--------|----------|-------|

医師記入欄

| | | |
|----------|-----------|----------------|
| ※ 特記事項 | | |
| ※ 異常所見 | | |
| 使用ワクチン名 | 接種部位 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名 | (経皮接種) | 実施場所 |
| Lot No. | 左・右 上腕 | 医師名 |
| 有効期限 . . | | 接種年月日 年 月 日 |

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

| 来院又は連絡日 | 月 | 日 | 接種後 | 日目 |
|----------------------------------------|----------------------|------------|------------------|------|
| 副反応 | | | | |
| 発熱 | ℃ | 接種後 | 日目 | |
| | ℃ | 接種後 | 日目 | |
| 腫脹・硬結 | 程度 | 強・中・弱 | 接種後 | 日目から |
| | 部位 | 全身・体の一部() | | |
| その他 | 鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他() | | | |
| ※ 接種前湿しんのあった者 状態 増悪・不変・軽快 大きさ 拡大・縮小 | | | | |
| 再来院日 | | | | |
| 治療・検査・経過観察 | 要 | 否 | カルテ作成 社・国・自費、No. | |
| 備考 | | | | |