色上質紙　薄口　コスモス
B5　2,000 枚

表面

07.07

水痘予防接種予診票

※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	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
保護者の氏名	(TEL.　)		(　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 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 予防接種の種類（　）	はい	いいえ	
（7）水痘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）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 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）6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
（15）現在、免疫抑制剤、ステロイドを服用していますか	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、水痘などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

（協力医療機関で切り取ってもらうこと）

水痘予防接種券

※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）。

25

ふりがな　　男・女
被接種者氏名

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　□回目

所在地

名称

医師名

使用ワクチン	水痘ワクチン	ロット番号

色上質紙　薄口　コスモス
B5　2,000 枚

裏面

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 Lot No. 有効期限　　・　　・	（皮下接種） ml	実施場所 医　師　名 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		

京都市保健福祉局

色上質　薄口　びわ　2,000 枚

保護者様へ

京都市保健福祉局

ＢＣＧ予防接種後のご注意

① 接種した部位を、もんだり、こすったりしないようにしてください。

② BCG 予防接種を受けた後に生ワクチンの予防接種を受けられる場合は、27 日以上の間隔をあけてください。

③ 入浴は差し支えありませんが、接種した部位をこすったりしないようにしてください。

④ 接種後すぐ赤くなる場合がありますが、数日でおさまります。その後早くて 10 日位、遅い場合は1～２か月後に接種した部位が赤くなったり、しこりが現れたりしますが、接種後３～４か月には接種痕を残して治ります。ごくまれに膿（うみ）がついたり、潰瘍（かいよう）ができることがありますが、清潔にしておけば容易に治っていきます。

しかし、これらの反応が激しいと思われる時は、速やかに医師の診察を受けてください。診察を受ける際は、BCG 予防接種を受けたことを医療機関へお伝えください。

⑤ 既に結核に感染していると、BCG 予防接種によって通常より早く、**10日以内に、強い皮膚反応が**起こる場合があります。

これは、「コッホ現象」とよばれております。**このような反応が接種部位に現れましたら、速やかに接種医療機関までご連絡ください。**

07.07