

# 卡介苗预防接种预诊单 (BCG専用予診票)

(接种对象年龄: 未满1岁)

※医療機関の皆様へ: この予診票はみほんです。医師会への請求等は、必ず日本語版の予診票を使用して下さい。

**※この予診票だけでは接種できません。こちらを参照に、正規の予診票(2枚複写)に転記して使用して下さい。**  
**※仅凭此预诊单不能进行接种。请参照此处, 转记到正规日本語的预诊单(2张复写)上使用。**

不可在市外医疗机构使用。

横 滨 市

诊察前体温 度

住 址	区	电话	
接种人姓名		男 · 女	出生 年月 日
父母/监护人姓名			年 月 日 (满 岁 个月)

询 问 事 项	回 答 栏	医生填写栏
关于今天要接种的疫苗,是否已阅读了横浜市发放的(《预防接手册》等)。	是 否	
关于今天要接种疫苗的孩子的成长发育状况 分娩时有无异常? 出生时体重( )g 出生后有无异常? 婴幼儿定期体检时是否发现过异常?	有 否 有 否 有 否	
今天身体是否有不适? 如果有,请填写具体症状( )	是 否	
最近1个月内是否曾生过病? 如果有,请提写疾病名称及痊愈日( )	是 否	
从出生至今,家庭成员或周围是否有人患上结核?	是 否	
最近1个月内是否进行过预防接种? 如果有,请填写预防接种的种类及接种日( )	是 否	
从出生至今是否因先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病,接受医师诊察? 请填写疾病名称( )	是 否	
诊疗上述疾病的医生是否同意今天的预防接种?	是 否	
有无抽搐(痉挛)病史,如果有,是在( )岁时? 当时是否发烧?	是 否 是 否	
近亲中是否有人患有先天性免疫缺陷? 迄今为止,进行预防接种后是否发生过不适反应? 预防接种的种类( )	是 否 有 否	
近亲中是否有人曾在进行预防接种后产生不适反应?	是 否	
对于今天的预防接种有何疑问?	是 否	

医生填写栏

根据上述回答及诊察结果,判断今天的预防接种(可以实施/不予实施)。

已向父母或监护人就预防接种的效果、副反应及预防接种健康受害救济制度进行了说明。

医生签名或盖章: \_\_\_\_\_

※日本語版に署名して下さい

通过医生的诊察和说明,理解了预防接种的效果和目的、产生严重副反应的可能性,以及预防接种健康受害救济制度等,在此基础上,(同意/不同意)进行接种。※请在括号中选择并画圈。

此预诊单以确保预防接种安全为目的。

理解上述说明,并同意将此预诊单提交给横浜市。

父母或监护人亲笔签名: \_\_\_\_\_

※日本語版に署名して下さい

疫苗 Lot No.	接种剂量	实施的医疗机构·医师姓名·接种年月日
Lot No.	按规定剂量利用管针进行皮下注射。	实施的医疗机构 医生姓名 接种年月日 平成 年 月 日

※日本語版に記入して下さい

## ◆◆卡介苗接种后注意事项◆◆

### ■接种后注意事项

- 1 接种后 30 分钟内请在接种医疗机构留院观察,或与医生保持密切联系。因在此期间可能会出现急剧副反应。
- 2 请注意,接种后 4 周左右会出现副反应。
- 3 请保持接种部位清洁。可以洗澡,但请不要擦洗接种部位。
- 4 接种后,接种部位出现异常反应或身体状况发生变化时,请即刻接受医生的诊察。

### ■关于正常的反应和郭霍现象

#### 1 正常的反应

接种后 10 天左右,接种部位会出现红点,有时也会化脓。这种反应在接种后 4 周左右最为显著,但接种 3 个月后会自然治愈,所以请勿粘贴创可贴等,仅需保持接种部位清洁。

#### 2 郭霍现象

如果曾感染过结核,接种后 10 天以内,接种部位会出现发红、肿胀、针痕化脓等现象,这些反应被称为“郭霍现象”。此时,只要注意保持接种部位清洁,通常 2~4 周内即可治愈。

但是,如果出现类似“郭霍现象”的反应时,为了确诊是否感染了结核,需要进行检查,此时,请向进行接种的医疗机构或居住地的福祉保健中心进行咨询。

### ■卡介苗接种的副反应

接种后 1 个月前后,接种侧腋下淋巴结偶见肿大现象。通常仅需观察,会自然治愈,但如果出现溃烂、明显肿胀、化脓并自然破溃时,请向医生进行咨询。

### ■与下次预防接种的间隔

接种卡介苗后,请间隔 27 天以上,再接种其他疫苗。