

BCG 接種技術評価調査票 (1歳6ヶ月・3歳児)

市町村： _____ 都・道・府・県・市 _____ 市・町・村 _____ 保健所

整理番号 _____ 性 (男 女) 生年月 (平成 年 月)

健診時の受診番号等を記入して下さい。

1	BCG 接種の既往 (どれか1つに をつけて下さい。)	<input type="checkbox"/> 受けた 2へ <input type="checkbox"/> 受けていない 3へ <input type="checkbox"/> 不明 3へ
2	1の質問で「受けた」の場合、	
2.1	接種時期 (右欄の () 内に記入して下さい)	平成 () 年 () 月
2.2	接種機関	<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別 (医療機関) <input type="checkbox"/> その他 ()
2.3	接種後以下のようなことがありましたか? (それぞれ該当する番号 () に をして下さい。 の場合は () 内にも記入して下さい) それに対しどのような手当をしましたか? (それぞれ該当する文字 (ア~オ) に)	
	接種後3ヶ月以上経過しても局所が乾かなかった (ア手術 イ投薬 ウ局所処置 エ受診・観察のみ オ放置)	
	接種後、接種した側の腋窩リンパ節が腫れた (ア手術 イ投薬 ウ局所処置 エ受診・観察のみ オ放置)	
	その他の異常反応 (内容 _____) (ア手術 イ投薬 ウ局所処置 エ受診・観察のみ オ放置)	
2.4	現在の局所の状況	
	ア 針痕の個数 (右欄に数字を記入して下さい) (複数個癒合したものはもとの個数として数える)	_____ 個
	イ 強い反応 (どれか1つに 。 の場合 () にも記入)	<input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 癒合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()
3	1の質問で「受けていない」「不明」の場合、接種を受けなかった理由は何ですか (最も近いもの1つだけに をつけて下さい。 の場合は () 内にも記入)	
	<input type="checkbox"/> 知らせを受けなかったか、見損なった <input type="checkbox"/> うっかり検査・接種の日を忘れていた <input type="checkbox"/> 知っていたが都合が悪かった <input type="checkbox"/> 知っていたが必要ないと思った <input type="checkbox"/> 当日体調が悪くて延期され、そのままになった <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応が陽性だった <input type="checkbox"/> その他 ()	