

ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)予防ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○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。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用しま

住所	竹田市	TEL	() -
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (満 才 カ月)
保護者の氏名※	※接種を受ける人が16歳以上の場合には、当該部分への記載は不要です		

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
今回の接種は何回目ですか。	1回目	2回目	3回目
(2回目以降の場合) これまで接種したワクチンの種類、日付、接種時の年齢を記入してください。 (注1) ワクチンの種類は、1.サーバリックス (2価) 2. ガーダシル (4価) 3. シルガード9 (9価) 4. その他 のうち、1~4のいずれかを○で囲んでください。 (注2) シルガード9 (9価) の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合は医師が「不明」を記入してください。	1回目	年 月 日 / 歳 1 2 3 4	
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか。 ワクチンの種類は、1.サーバリックス (2価) 2. ガーダシル (4価) 3. シルガード9 (9価) うち、1~3のいずれかを○で囲んでください。	1	2	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 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 ●具体的な病状 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 ●予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症) や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 ●具体的な病名 ()	はい	いいえ	
また、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言われましたか。	はい	いいえ	
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	
その時に熱は出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品など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はありますか。	はい	いいえ	
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	
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。 ●予防接種名 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。 (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。	はい	いいえ	
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。
保護者(接種を受ける者が16歳以上の場合は本人)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しました。 ※保護者が同伴しない場合は、保護者署名を確認しました。
医師の署名または記名押印 []

保護者(16歳以上は本人)記入欄
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や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)
保護者(16歳以上は本人)又は被接種者(被接種者が16歳未満は保護者)の署名 []

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
名称:	筋肉内接種 0.5mI	医療機関名:
メーカー名:		医師名:
製造番号:		接種年月日: 年 月 日

※16歳未満で保護者の同伴がない方は、別紙「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたっての説明(様式第四)」への保護者署名がないと予防接種を受けられません。