様式第三

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

住所				診察前の体温	度　　分
				連絡先（電話番号）	
（フリガナ） 受ける人の氏名		男 ・ 女	保護者の氏名※１		
生年月日	平成・令和・西暦　　年　　月　　日　生（満　　歳　　か月）				

※１接種を受ける者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記入は必要ありません。

質問事項	回答欄			医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ		
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	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） これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、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①２価（サーバリックス）、②４価（ガーダシル）、③９価（シルガード９）、④その他、⑤不明のうち、いずれか一つを〇で囲んでください。④その他の場合はワクチンの種類も記入してください。 （注２）③９価（シルガード９）の場合、１回目を15歳になるまでに接種し、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）保護者又は接種を受ける人及び医師は、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、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	１回目	①／②／③／ ④（　　）／⑤		
		年　月　日　歳		
	2回目	①／②／③／ ④（　　）／⑤		
		年　月　日　歳		
現在体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（　　）	いいえ	はい		
１か月以内に病気にかかりましたか。 病名（　　）	いいえ	はい		
１か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）	いいえ	はい		
これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、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（　　）	いいえ	はい		
治療（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい		
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ		
近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。	いいえ	はい		
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 （　　）歳頃	いいえ	はい		
そのとき熱が出ましたか。	いいえ	はい		
薬や食品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がありますか。 薬・食品名（　　）	いいえ	はい		
現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れている等）はありますか。 （注）妊娠している人への接種には、注意が必要です。	いいえ	はい		
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。 予防接種の種類（　　）	いいえ	はい		
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。	いいえ	はい		
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい		

保護者又は接種を受ける者の記入欄

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、予防接種健康被害救済制度等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）。※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
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。このことを理解の上、本予診票を市区町村に提出することに同意します。

保護者又は接種を受ける者の自署※２

（※２接種を受ける者が16歳未満の者の場合は保護者自署）

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（接種を受ける者が満16歳以上の者の場合は本人）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、説明をしました。

医師記名

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射　　0.5　mL	実施場所　　医師名
Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	右上腕・左上腕・その他 ［　　］	接種年月日　　西暦　　年　　月　　日