

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

| | | | | | | | |
|---------|--|--------|-------|----------|---|---|---|
| | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | |
| 住 所 | | | | | | | |
| 受ける人の氏名 | | 男 | 生 年 日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| 保護者の氏名※ | | 女 | 月 | (満 歳 カ月) | | | |

※ 被接種者が満 16 歳以上の者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | | 医師記入欄 |
|---|-----------|--------------------------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか | 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、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③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ヵ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、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。 | 1回目 | ① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳 | | |
| | 2回目 | ① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳 | | |
| 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 (注) 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)のうち、いずれか一つを○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 具体的な症状を書いてください() | はい | いいえ | | |
| 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名() | はい | いいえ | | |
| 1ヵ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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | | |
| 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 | 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 | ある | ない | | |
| 予防接種の種類() | | | | |
| 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 | | |
| 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)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・見合わせた方がよい)と判断します。 被接種者(被接種者が満16歳未満の者の場合は保護者)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 | | | | |

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上で、接種することに (同意します・同意しません)。

かつこの中のどちらかを○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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者自署 _____
 (※被接種者が16歳未満の者の場合は保護者自署)

| 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 | 筋肉内接種 | 実施場所 | |
| Lot No. | | 医師名 | |
| (注)有効期限がきれていないか確認 | 0.5 ml | 接種年月日 | 令和 年 月 日 |