

[予防疫種予診票(乳幼児・小学生対象)]

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

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防疫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	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか(病名)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1カ月以内に予防疫種を受けましたか 予防疫種の種類 ()	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疫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	
これまでに予防疫種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防疫種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防疫種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防疫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、今日の予防疫種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防疫種の効果、副反応及び予防疫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、予防疫種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防疫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、予防疫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	※(皮下接種)	実施場所	医師名
Lot No.		接種年月日	令和 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか要確認	m l		

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防疫種の効果が十分に出ないことがあります。
※BCGの予防疫種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。

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 女	生 年 月 日	平成・令和	年 月 日
保護者の氏名※				(満 歳 カ月)	

※ 接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、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	
これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください（2 回目以降の場合） （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その他のうちから、下段の①～③のいずれかを○で囲んでください。 （注 2）保護者又は被接種者・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」を記入してください。	1 回目	年 月 日 ① / ② / ③	
	2 回目	年 月 日 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 カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1 カ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 予防接種の種類（ ）	ある	ない	
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	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。 保護者（接種を受ける者が満 16 歳以上の場合には本人）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 医師名
Lot No.		接種年月日 令和 年 月 日
(注) 有効期限がきれていないか確認	0.5 ml	

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている小学校6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様（満16歳以上の者を除く。）をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上（中学1年生～高校1年生（満16歳以上の者を除く。））の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合には、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分類されています。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微小なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染するHPVのうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型HPV」と呼ばれています。高リスク型HPVの中でも16型、18型とよばれる2種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、海外において少なくとも90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク型に属さない種類のものは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因となることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類の子宮頸がんウイルス（HPV）のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPVにかかることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応（疼痛、発赤、腫脹）です。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難など）、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）等が報告されています。

※ 詳しくは、市町村のホームページや個別送付される情報提供のリーフレットなどもご確認ください。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満 16 歳未満のお子様は 1 人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

予 診 欄

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

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	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	
<p>あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で 接種することに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※かつこ内のどちらかを○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。</p> <p style="text-align: center;">保護者自署</p>			

<p>医師記入欄</p> <p>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。 接種を受ける本人に対して、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。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>

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 0.5ml	実施場所	医師名
Lot No.		接種年月日	令和 年 月 日
(注) 有効期限がされていないか要確認			

B型肝炎予防接種予診票

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

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	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか (病名)	はい	いいえ	
1カ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	
ラテックス過敏症*ですか	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	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。 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			

<p>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。</p> <p style="text-align: center;">保護者自署</p>
--

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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	※(皮下注射) m L	実施場所 接種年月日	医師名 令和 年 月 日

(注)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

ロタウイルス感染症予防接種予診票

※保護者の方は太枠内を記入してください。

住所	〒	接種年月日	令和 年 月 日	
		診察前の体温	度 分	
		電話番号	() -	
受ける人の氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日
保護者氏名				(出生 週 日後) 「出生〇週〇日後」とは出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします。

1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか？	医療機関記入欄 (印を)
--------------------------------------	-----------------

質問事項	回答欄			医師記入欄
	1回目	2回目	3回目	
今回の接種は何回目ですか。	1回目	2回目	3回目	
これまでの接種年月日を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ) *前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認	1回目	年 月 日		
今日の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		
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ		
腸重積症について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ		
お子さんの発育歴についておたずねします。 出生時体重			g	
分娩時に異常はありましたか。	あった	なかった		
出生後に異常はありましたか。	あった	なかった		
乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	ある	ない		
今日体に具合の悪いところはありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ		
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。 病名()	はい	いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() 受けた日()	はい	いいえ		
これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。 *この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません。	はい	いいえ		
これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。*ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。	はい	いいえ		
その他、これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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は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)を起こしたことがありますか。(月頃)	はい	いいえ		
その時に熱はありましたか。	はい	いいえ		
薬や食品で皮膚に発しん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()	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。 予防接種の種類()	はい	いいえ		
母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名()	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		
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		
これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度などについて説明しました。
医師署名又は記名押印

保護者記入欄
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(特に腸重積症)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ついて同意します。
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	経口接種		実施場所				
Lot No.	ロタテック® 2mL	ロタリックス® 1.5mL	医師名				
(注)有効期限が切れていないか要確認			接種年月日	令和	年	月	日