

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（13～15歳で保護者同伴なし）R5.4～

(1回目・2回目・3回目)		診察前の体温		度		分	
住 所	西都市 (TEL)						
フリガナ 受ける人の氏名			生 年	平成	年	月	日生
保護者の氏名			月 日	(満 歳 カ月)			

質 問 事 項		回 答 欄			医師記入欄
今日受ける予防接種について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回目以降の方 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カ月以上の間隔において接種する。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) 保護者また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 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)		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		
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) 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西都市に提出されることに同意します。 保護者自署 _____		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。 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。
医師署名又は記名押印	

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	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日