

子宮頸がんワクチン予防接種予診票

※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。

住 所	(住民登録のある市町村の住所を記入)		
(フリガナ) 接種を受ける 人の氏名	()	生年月日	
		TEL()	-
保護者氏名		診察前の体温	度 分

*接種を受ける人が16歳以上の場合には記載は必要ありません

予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。医師の大切な情報源となりますので、責任持って記入しましょう。接種後は市町村に提出され、5年間保管されます。

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄												
1	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、接種する子宮頸がんワクチン予防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】過去に接種したワクチンの種類を○で囲み・接種年月日を記入してください。 ※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。わからない場合には医師が「不明」と記入してください															
2	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1 回目</td> <td>サーバリックス (2価)</td> <td>ガーダシル (4価)</td> <td rowspan="2">年 月 日</td> <td rowspan="2">2 回目</td> <td>サーバリックス (2価)</td> <td>ガーダシル (4価)</td> <td rowspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>シルガード (9価)</td> <td>その他</td> <td>シルガード (9価)</td> <td>その他</td> </tr> </table>	1 回目	サーバリックス (2価)	ガーダシル (4価)	年 月 日	2 回目	サーバリックス (2価)	ガーダシル (4価)	年 月 日	シルガード (9価)	その他	シルガード (9価)	その他			
1 回目	サーバリックス (2価)		ガーダシル (4価)	年 月 日			2 回目	サーバリックス (2価)		ガーダシル (4価)	年 月 日					
	シルガード (9価)	その他	シルガード (9価)		その他											
3	今日接種を希望するワクチンの種類を○で囲んでください															
	サーバリックス (2価) ガーダシル (4価) シルガード9 (9価)															
4	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													
5	1カ月以内に病気にかかりましたか 病 名 ()	はい	いいえ													
6	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名/接種日 (/)	はい	いいえ													
7	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 () その病気をみ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													
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳頃) そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ													
9	薬や食品で発疹やじんましんが出たり、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													
10	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													
11	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													
12	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													
13	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 ※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													
14	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(接種を受けるものが満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及び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) どちらかを○で囲んでください。

また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、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)

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接 種 量 ※(筋肉内接種) 0.5ml 上腕・大腿 (右・左)	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
※有効期限が切れていないか要確認	実施場所: 医 師 名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日	