

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

岩国市

太枠内をご記入ください

(16歳未満で保護者が同伴しない場合は、裏面の記載も必要です)

何回目の接種ですか (記入例 <input checked="" type="checkbox"/>)	1回目 <input type="checkbox"/>	2回目 <input type="checkbox"/>	3回目 <input type="checkbox"/>	診察前の体温	度 分
住 所 (現住民登録している住所をご記入ください)※ 岩国市				電話番号	
ふりがな				生年 月日	バーコードをお持ちの方はここへ貼付してください 平成 年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名	男・女				
保護者の氏名					

※受ける人が16歳以上の場合には「保護者の氏名」と「保護者の自署」、裏面の記載は必要ありません。

※住所や質問の回答等の記載に間違いがあれば、予防接種健康被害救済制度を受けることができない場合や接種費用が自費となる場合があります。

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から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
(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カ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することができます。 (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	年 月 日 ①/ ②/ ③/ ④	
	2回目	年 月 日 ①/ ②/ ③/ ④	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	いいえ	はい	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種日(月 日)	いいえ	はい	
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()	いいえ	はい	
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	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	いいえ	はい	
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	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はありますか 予防接種の種類()	ない	ある	
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	
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。	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄

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、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) ※かっ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(接種を受けるものが16歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名 ワクチン名 Lot No.	接種量 (筋肉内接種) 0.5 ml	実施場所・医師名	接種又は問診年月日
(注)有効期限が切れていないか要確認			