

泉南市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

※この予診票は、複写になっています。ボールペンで、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	泉南市	電 話	— —
フリガナ		男 女	生 年 月 日
受ける人の氏名			年 月 日生(満 歳)
保護者の氏名 ※		朝の体温 度 分	診察前の体温 度 分

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の説明書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ		
2. 今回の接種は、何回目ですか。	1回目	2回目	3回目	
3. 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シルガード9（9価） ④その他のうちから、下段の①～④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 / ④		
	2回目	年 月 日 ① / ② / ③ / ④		
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。（ ）	はい	いいえ		
5. 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		
6. 1ヵ月以内に家族や遊び仲間麻しん、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		
7. 1ヵ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）	はい	いいえ		
8. 生まれてから今までに先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、脳神経症、免疫不全症、輸血を要するもの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		
9. 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		
その時に熱が出ましたか。（ 度 分）	はい	いいえ		
10. 薬や食品、ゴム製品、金属など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。薬・食品・製品名など（ ）	はい	いいえ		
11. 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		
12. 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（ ） 症状（ ）	ある	ない		
13. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ		
14. 6ヵ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		
15. 現在、妊娠している、または妊娠している可能性（生理が遅れているなど）はありますか。 (注) 妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。	はい	いいえ		
16. 現在、授乳をしていますか。	はい	いいえ		
17. 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	可能	見合わせる	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。 医師の署名又は記名押印 []

保護者が同伴する場合（被接種者が16歳未満）又は被接種者が16歳以上			
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	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、本予診票が泉南市に提出されることに同意します。 ■被接種者が、16歳未満の場合は、保護者が自署。 保護者自署 [] ■被接種者が、16歳以上の場合は、被接種者が自署。 被接種者自署 []

保護者が同伴しない場合（13歳以上16歳未満に限る）			
子宮頸がん予防ワクチン接種についての説明書を読み、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について理解し、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	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、本予診票が泉南市に提出されることに同意します。 保護者自署 [] 住 所 [泉南市] [] 緊急連絡先 [— —] []

使用ワクチン名	接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか要確認	筋肉内接種 0.5ml	実施場所： 医師名： 接種日時：令和 年 月 日 午前・午後：

(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的または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ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

泉南市保存用