

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票

(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)

※今までの HPV ワクチンの

ワクチン名・接種日を

記入してください

ワクチン名 ()	1 回目	2 回目
接種日	・ ・	・ ・

※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。

▼これは、予防接種を受けるお子さん(本人)の健康調査です。下の太枠のすべての項目について、○印および必要事項を記入してください。

氏名 <u>カガナ</u>	保護者の氏名 (接種を受ける人が満 16 歳以上の 場合記載不要)	住所(住民票がある住所) 飯塚市
女		Tel (-)
年 月 日生(満 歳 カ月)		

質問事項	回答欄	医師欄
今日の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	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった なかった	
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 ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名() (月 日頃)	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方が いましたか 病名() (月 日頃)	はい いいえ	
1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() (月 日) ※ 母子手帳の予防接種の記録欄を確認してください	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 (およそ 度 分)	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がありますか 予防接種()	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。 *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	

<p>* 医師の記入欄 *</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。保護者(接種を受ける者が満 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。</p>	<p>医師署名又は記名押印</p>
<p>* 保護者の記入欄 *</p> <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か。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、本予診票が飯塚市に提出されることに同意します。</p>	<p>同意します・同意しません ※どちらかを○で囲んでください。</p> <p>保護者又は被接種者自署 (被接種者が満 16 歳未満の場合は保護者自署)</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)有効期限がきれていないか要確認	(筋肉内接種) 0.5 ml		年 月 日

☆ 担当医療機関様へ 接種後、予診票は翌月の 10 日までに提出してください。

飯塚市

やむを得ず13歳以上のお子様の接種に同伴できない場合、下記事項をよくお読みいただき記入してください。(満16歳未満の方は、署名がなければ予防接種は受けられません。)

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歳以上の方を除く。))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、保護者が別紙説明書の記載事項を読み下記①～③の要件を満たしたうえで、お子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票(裏面含む)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。

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、かかりつけ医や飯塚市担当課に確認して、十分納得した上で、接種させることを決めてからにしてください。

予防接種は保護者の同伴が原則ですが、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種については接種するお子さんが13歳以上で下記①～③の要件を満たした場合に限り、保護者が同伴しなくても接種を受けることができます。

- ① 別紙説明書を保護者が事前に読み、予防接種の効果や副作用について理解し、納得していること
- ② 保護者が予診票に必要事項を記入すること
- ③ 保護者が予診票の保護者自署欄と下記同意欄に自筆で必要事項を記入すること

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する説明資料の内容をよく読み、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。

(保護者が同伴しない場合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、自署欄に記載する必要はありません。

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

満16歳未満のお子様一人で予防接種を受ける場合は、必ず上記同意書欄、及び表面予診票の必要事項の記入をしてください(保護者の署名がないと予防接種は受けられません)。