

# 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)

▼これは、予防接種を受けるお子さんの健康調査です。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。

診察前の体温
度 分

住 所 (住民票のある住所)			
TEL			
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年月日
保護者の氏名			年 月 日生 (満 歳 か月)

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回目以降の場合) 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1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か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	1回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳	
	2回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳	
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か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1か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、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	

<b>医師記入欄</b> 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。被接種者(被接種者が満16歳未満の者の場合は保護者)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)

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

13歳以上16歳未満の方は保護者の同伴が必要です。保護者が同伴しない場合は、下記の同意書が必要となります。

### ○保護者の方へ

やむを得ず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。

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 「ヒトパピローマウイルス感染症予防接種説明書」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。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。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

**保護者が同伴しない場合は上欄に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。**

**表面予診票の保護者又は被接種者自署欄にも保護者の署名をお願いします。**

※接種の際に保護者が同伴する場合や、16歳になられた方は本様式の記入は不要です。