

# 子宮頸がん予防接種予診票 ( ) 回目

◎通知が行き違う場合がありますので、接種回数および接種間隔等を母子健康手帳と照合してワクチン接種に臨みましょう。

住所			診察前の 体温	度 分	
接種を受ける人の 氏名	ふりがな	性別	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
保護者氏名※	続柄 ( )		電話番号		

※接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

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の説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
子宮頸がんワクチンを接種したことがありますか。ある方は、接種日を記入し、接種したワクチン名を 囲んでください。 1回目 (接種日:平成 年 月 日 サーバリックス・ガーダシル) 2回目 (接種日:平成 年 月 日 サーバリックス・ガーダシル)	はい	いいえ	
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	
1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの感染症にかかっ た方がいましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
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	
生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液・発達障害などの 病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気(慢性疾患も含む)にかかり、医師 の診察を受けていますか。病名 ( )	はい	いいえ	
現在、投薬や治療を受けている方は、具体的な内容を記入してください。( )	はい	いいえ	
その病気をみてもらっている主治医には、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	
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。	はい	いいえ	
予防接種名 ( ) 症状 ( )	はい	いいえ	
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	
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	
現在妊娠している、又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。	はい	いいえ	
現在、授乳をしていますか。	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	

**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)と判断する。保護者及び被接種者(保護者同伴のない者は被接種者)に対して、予防接種の効果・目的、副反応、予防接種健康被害救済制度について説明した。被接種者のHPVワクチン接種歴を確認したうえで、(サーバリックス・ガーダシル)接種を行うこととする。  
医師の署名又は記名押印

**保護者記入欄①** 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)\*カッコ内のどちらかを○で囲んで下さい。  
また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的と去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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)自署

**〔保護者が同伴しない場合〕**

**保護者同意欄②** 保護者の同伴がなく、お子様だけで接種を受ける場合には、接種に関する保護者の同意が必要です。以下の内容を読み、必ず署名をしてください。(署名がなければ予防接種は受けられません)  
別紙の予防接種説明書を読み、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健康被害救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。  
平成 年 月 日 保護者自署 続柄 ( ) 緊急連絡先 ( )

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	接種量と部位	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合にもご記入下さい。)
サーバリックスの場合	筋肉内接種: 0.5ml	実施場所: 医師名:
ガーダシルの場合	上腕三角筋部(右・左)	接種(予診)年月日: 平成 年 月 日
子宮頸がんワクチンと同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと【MR・麻疹・風しん・日本脳炎・DT・その他( )】		