

HPV(ヒトパピローマウイルス)感染症予防接種予診票

1回目 ・ 2回目 ・ 3回目

※今回の接種に○をつけてください

広域接種番号

広域接種の場合のみ記入

診察前の体温 度 分

○太わく内は保護者が記入してください。

○この票は市町村以外は医療機関が市町村に記入料金を請求する際に請求書に添付してください。

住所	電話番号	— —	
ふりがな		※ 日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。	
受ける人の氏名	女	生 年 月 日	年 月 日生
保護者の氏名			(満 歳 カ月)
これまで接種したHPVワクチンの接種日及び使用したワクチンの種類を記入してください。	1回目() (使用ワクチン※ 2価・4価・9価)	2回目() (使用ワクチン※ 2価・4価・9価)	

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	
2	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	
3	最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名() いつ頃()	いいえ	はい	
4	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	いいえ	はい	
5	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、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() その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい	
6	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 回数() 最後にひきつけを起こした時期(年 月 日(歳 カ月頃)) そのとき熱がでましたか	いいえ	はい	
7	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 薬・食品名()	いいえ	はい	
8	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	
9	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 予防接種名()	いいえ	はい	
10	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	いいえ	はい	
11	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	
12	今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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

保護者の記入欄
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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**) ※かつ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、
 本予診票が市町村に提出されることに同意します。 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	
ワクチン名	筋肉内接種 0.5ml	実施場所	
ロット番号	接種部位	医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認	右・左 上腕三角筋	接種年月日	年 月 日

「2価」:組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (商品名:サーバリックス®)
 「4価」:組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (商品名:ガーダシル®)
 「9価」:組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (商品名:シルガード9®)