

9価ワクチンを接種した場合は記入しない

HPVワクチン予防接種予診票

※医療機関確認欄

ガーダシル

サーバリックス

〈保護者が同伴する場合、受ける人が既婚の場合〉

ボールペンで、この票のあいているところ記入し、その他は該当項目を

○で囲んでください。

太枠の部分は、特にていねいにご記入ください。

回数	1回目	2回目	3回目
----	-----	-----	-----

申込年月日 20 年 月 日

診察前の体温 度 分

住所	浜松市			電話	
フリガナ		女	生年	平成 年 月 日生	
受ける人の氏名	従来通り記入			年月日	
保護者の氏名※				(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説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
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ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか (ある場合には最後に接種した予防接種に○をして接種年月日を記載してください) 接種年月日 20 年 月 日 ジフテリア・破傷風 日本脳炎 HPV その他 ()	はい	いいえ	
これまでに他の HPV ワクチンの接種をうけたことがありますか ある場合は接種したワクチンに○をつけてください	はい	いいえ	種類・間隔 (ガーダシル・サーバリックス)
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 () 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 そのとき熱が出ましたか	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	
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 ()	はい	いいえ	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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄	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	医師のサイン (注) ワクチンの種類・有効期間を要確認
	保護者 (接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 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などについて理解した上で、接種を同意しますか	同意します	同意しません	保護者自署 (接種を受ける者が既婚者の場合は本人自署) 被接種者が16歳以上の場合、 被接種者本人の署名で可
	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、本予診票が浜松市に提出されることに同意し署名します。		

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 9価ワクチンのロットシールを貼る Lot No.	(筋肉内接種) 0.5 mL	実施場所	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 (非接種判定日)	20 年 月 日

HPVワクチン

※保護者の氏名は、接種を受ける人が成人または既婚の場合には記載の必要はありません