

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票 (キャッチアップ接種者用) 裏面もご確認ください

対象年齢：1997年4月2日～2006年4月1日生まれの子

佐倉市

	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分	
予防接種番号	外傷をきっかけに、原因不明の痛みが続いたことがありますか？ (はい・いいえ) 他のワクチンを含めて以前にワクチンを接種した際に激しい痛みや手足のしびれがおきたことがありますか？ (はい・いいえ)								
住所	佐倉市					接種時住民登録 佐倉市に <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
(ふりがな) 受ける人の氏名				生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳 か月)				
保護者の氏名※				電話番号					

※ 接種を受ける人が満16歳以上の場合には、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市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
今回の接種は何回目ですか	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>	
これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください(2回目以降の場合) (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その他のうちから、下段の①～③のいずれかを○で囲んでください。 (注2) 保護者または被接種者・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。	1回目	年 月 日 ① / ② / ③
	2回目	年 月 日 ① / ② / ③
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 日 :)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
【“はい”と回答した場合】 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といわれましたか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
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 () 歳頃 薬品・食品名 () 症状 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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 (実施できる ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。

見合わせた場合の理由 ()
 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。

医師の自筆署名又は記名押印 _____

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上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※ カッコの中のどちらかを ○ 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)

住所 _____ 緊急の連絡先 _____

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 0.5 mL	実施場所:
Lot No.		医師名:
有効期限 年 月 日		接種年月日: 西暦 年 月 日