

【キャッチアップ接種者用の予診票】

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	はい	
今回の接種は何回目ですか	② 2回目 ③ 3回目	
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 2022年10月1日 ① / ② / ③ 2回目 2022年12月1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	いいえ

記入のしかた

- ① 過去に9価ワクチンを接種している場合、  
ワクチンの種類③に○をし、下にシルガード9と記入。
- ② ③に○をし、過去の接種年月日を記入する。