

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票

裏面もご確認ください

対象年齢：12歳になる年度初日から16歳になる年度末日までの女子（小学6年～高校1年相当）

佐倉市

接種回数	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
サーバリックス：1回(20年 月 日) 2回(20年 月 日) 3回 ガーダシル：1回(20年 月 日) 2回(20年 月 日) 3回	追加問診項目		回答欄					
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				
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
保護者の氏名			(満 歳 か月)		電話番号			

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	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か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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	いいえ	
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	いいえ	
【“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いといわれましたか	いいえ	はい	
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	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
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	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	
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	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ()	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 (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 _____

保護者記入欄

市町村から配布されている「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明」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、さらに、あなたのお子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、お子さんに接種させることに同意しますか

(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。

なお、本説明書が保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたこと及び本予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)の自筆署名 _____

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

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票

裏面もご確認ください

対象年齢：12歳になる年度初日から16歳になる年度末日までの女子（小学6年～高校1年相当）

ただし、2006年4月2日～2008年4月1日生まれの方は、令和7年3月末日までこの予診票を使って接種ができます。

佐倉市

接種回数	サーバリックス：1回(20年 月 日) 2回(20年 月 日) 3回 ガーダシル：1回(20年 月 日) 2回(20年 月 日) 3回	追加問診項目	回答欄	
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
住所	佐倉市	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
ふりがな		接種時住民登録 佐倉市に	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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		

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	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か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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	いいえ	
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	いいえ	
【“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いといわれましたか	いいえ	はい	
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	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
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	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	
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	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ()	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 (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 _____

保護者記入欄

市町村から配布されている「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明」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、さらに、あなたのお子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、お子さんに接種させることに同意しますか

(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。

なお、本説明書が保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたこと及び本予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)の自筆署名 _____

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