

【キャッチアップ接種者用以外の予診票】

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票

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

受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
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				追加問診項目		回答欄
	ガーダシル：1回(20年 月 日) 2回(20年 月 日) 3回				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
予防接種番号	シルガード9：1回				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					生年月日	西暦	年 月 日
受ける人の氏名					(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	

記入のしかた

9価ワクチン（シルガード）1回目を接種する場合、
接種回数欄に、シルガード9と回数の1回を記入する。