

子宮頸がん予防
定期予防接種予診票

(ヒトパピローマウイルス感染症)

1回目・2回目・3回目

※該当するものを○で囲んでください。
※保護者非同伴の場合は、別紙「子宮頸がん予防ワクチン予防接種を受けるに当たっての
説明及び保護者同意書」を添付

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		女	生年月日
保護者の氏名			平成 年 月 日生
			(満 歳)
			小学・中学・高校 年生

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「予防接種と子どもの健康」、または「子宮頸がん予防ワクチンの 予防接種を受けるに当たっての説明」を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <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"/>	
2回目以降の場合、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		
(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シルガード9(9価)④その他のうちから、下段の①～ ④のいずれかを○で囲んでください。 (注2)③シルガード9(9価)の場合、初回は14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔において接種する、合計2回も接種 方法で完了させることができます。 (注3)保護者又は被接種者及び医師は、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 歳 ①/②/③/④	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで 異常があるといわれたことがありましたか	なかった <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/>	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名(麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
最近、予防接種を受けましたか		
1週間以内(日本脳炎、子宮頸がん予防、インフルエンザ、その他)	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
4週間以内()	いいえ <input type="checkbox"/> はい <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(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 ヵ月頃)	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	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	いいえ <input type="checkbox"/> はい <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()	ない <input type="checkbox"/> ある <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	いいえ <input type="checkbox"/> はい <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	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <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 ※妊娠している方への接種には、注意が必要です。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印	

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度な どについて理解し、病歴・健康状態・接種当日の体調などを考慮した上で接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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。委任の場合は受任者。保護 者非同伴の場合は保護者が予め自署。)
---	--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
組織滅活ヒトパピローマウイルス様粒状ワクチン	筋肉内接種	実施場所	朝倉市屋永1770-1 きたの小児科医院
Lot No.	0.5	医師名	
	ml	接種年月日	令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、予防接種の効果が出ないことが
あります。