

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)

(キャッチアップ対象者用:H9年4月2日～H20年4月1日生まれ)

接種ワクチン	サーバリックス (2価)	ガーダシル (4価)	シルガード (9価)
1回目・2回目・3回目			

※該当するものを○で囲んでください。

住 所		診察前の体温
ふりがな		度 分
受ける人の氏名	男 女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳)

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「HPVワクチンの接種を逃した方に接種の機会を提供します」を読みましたか	はい いいえ	
今回の接種は何回目ですか	1回目 2回目 3回目	
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、下記の①～③のいずれかを○で囲んでください。 (注2)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 歳 ①/②/③/④ 2回目 年 月 日 歳 ①/②/③/④	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 1週間以内()	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(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	はい いいえ	
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	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 カ月頃)	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	はい いいえ	
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	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()	ある ない	
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	
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	
6カ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	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 ※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	はい いいえ	
【医師記入欄】 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。	被接種者自署
--	--------

使 用 ワ ク チ ン 名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
組換え沈降ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 医師名 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カ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。