

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

◎該当するものを○で囲んでください。(市提出用)

サーバリックス(2 価)・ガーダシル(4 価)・シルガード 9(9 価) (1 回目・2 回目・3 回目)		診察前の体温		度	分
住 所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市				
ふ り が な	☎ - -				
受ける方の氏名		男・女	生年 月 日	年 月 日生	
保 護 者 の 氏 名	☎ - -			(満 歳 か月)	

※接種を受ける人が満16歳以上の場合には、保護者の氏名の記載は必要ありません。

よく読んで当てはまる項目を○で囲み、また、必要なところに記入してください。

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から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい		
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ワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢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、いずれか一つを○で囲んでください。 (注 2)③シルガード 9(9 価)の場合、初回を 14 歳までに接種し、2 回目を 5 か月以上の間隔をおいて接種する、合計 2 回の接種方法でも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」と記入してください。	1 回目	①／②／③／④ 年 月 日 歳		
	2 回目	①／②／③／④ 年 月 日 歳		
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか (注)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)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	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		
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 予防接種の種類 ()	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		
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 () 歳頃	はい	いいえ		
そのとき熱はありましたか	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	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がありますか 予防接種名 ()	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方はいますか	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 ⑩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		

医師の記入欄

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。
被接種者(被接種者が満 16 歳未満の者の場合は保護者)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。
医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、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た上で、接種することに(同意します・同意しません)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者白署 _____
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者白署)

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 0.5ml	医療機関所在地 名称 接種医師名
Lot No.		接種年月日
⑪有効期限が切れていないか要確認		年 月 日

※下野市を転出した場合は使用できません。 ※接種時は、母子手帳等接種履歴がわかる書類をお持ちください。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

◎該当するものを○で囲んでください。 (医療機関用)

サーバリックス(2 価)・ガーダシル(4 価)・シルガード 9(9 価) (1 回目・2 回目・3 回目)		診察前の体温		度	分
住 所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市				
ふ り が な	☎ - -				
受ける方の氏名		男・女	生年 月 日	年	月 日生
保 護 者 の 氏 名	☎ - -			(満	歳 か月)

※接種を受ける人が満16歳以上の場合には、保護者の氏名の記載は必要ありません。

よく読んで当てはまる項目を○で囲み、また、必要なところに記入してください。

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から配られている説明書を読みましたか	いいえ	は い		
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ワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢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、いずれか一つを○で囲んでください。 (注 2)③シルガード 9(9 価)の場合、初回を 14 歳までに接種し、2 回目を 5 か月以上の間隔をおいて接種する、合計 2 回の接種方法でも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」と記入してください。	1 回目	①／②／③／④		
		年 月 日 歳		
	2 回目	①／②／③／④		
		年 月 日 歳		
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか (注)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)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	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		
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 予防接種の種類 ()	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		
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 () 歳頃	は い	いいえ		
そのとき熱はでましたか	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	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がありますか 予防接種名 ()	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方はいますか	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 ⑩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		

医師の記入欄

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。
被接種者(被接種者が満 16 歳未満の者の場合は保護者)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。
医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、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た上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者白署 _____
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者白署)

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	医療機関 所 在 地 名 称 接種医師名 接種年月日 年 月 日
Lot No.		
⑪有効期限が切れていないか要確認		

※下野市を転出した場合は使用できません。 ※接種時は、母子手帳等接種履歴がわかる書類をお持ちください。