

**[子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス)感染症 予防接種予診票**  
(保護者が同伴する場合)

\*ボールペンで下の太ワクの項目について、当てはまるところに記入するか、○印でかこんでください。

母子健康手帳交付番号		母子健康手帳確認	<input type="checkbox"/>		
住 所		1	2	3	回目
ふりがな		診察前の体温	度 分		
受ける人の氏名		生 年	平成	年	月 日生
保護者の氏名(注)		月 日	(満	歳	か月)
年 齢 区 分	1. 小学6年生相当 2. 中学1年生相当 3. 中学2年生相当 4. 中学3年生相当 5. 高校1年生相当				

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
(1) 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	はい  いいえ	
(2) 今日、体に具合の悪いところがありますか あれば具体的な症状を書いてください ( )	はい  いいえ	
(3) 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい  いいえ	
(4) 1ヵ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	
(5) 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、発達障害の病気、 免疫不全症、血が止まりにくくなる病気、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	はい  いいえ	
(6) 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	
そのとき熱が出ましたか	はい  いいえ	
(7) 薬や食品、ゴム製品、金属などで皮膚に発疹や、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 ◎薬・食品・製品名など( )	はい  いいえ	
(8) 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	
(9) 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 予防接種の種類とその症状( )	ある  ない	
(10) 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	
(11) 現在妊娠している、または妊娠している可能性(生理が予定より遅れている等)は ありますか (注) 妊娠または妊娠している可能性のある方への接種には注意が必要です	はい  いいえ	
(12) 今日受ける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	<p>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・見合わた方がよい)と判断します。 保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)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をしました。 <b>医師署名又は記名押印</b></p>
---------------	---

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** ) ※カッコの中どちらかを○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)自署**

使用ワクチン名	接種量及び方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種:0.5ml 接種部位:	実施場所 医師名
※有効期限が切れていないか要確認	上腕三角筋部(右・左)	接種年月日

(注) 接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません