小山市民用

ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）感染症予防接種 予診票（定期・任意）

◎該当するものを〇で囲んでください。

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	小山市				
フ リ ガ ナ		住民番号	男・女	生年月日	平成・令和 年　月　日生
受ける人の氏名					
保護者の氏名※	電話　(　　)				(満　歳　ヶ月)

※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。

よく読んであてはまる項目を〇で囲み、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
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		いいえ	はい	
2　(2 回目以降の接種の場合)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、①～④のうちいずれか一つを〇で囲んでください。 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 (注 2)シルガード 9(9 価)の接種の場合、初回接種が 15 歳未満の方は、5 ヵ月以上の間隔をおいて 2 回目を接種すれば、合計 2 回の接種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」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		
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	
4　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	
5　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	
6　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、現在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	
7　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	
その時に熱がでましたか		はい	いいえ	
8　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	
9　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	
10　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 予防接種の種類（　　）		はい	いいえ	
11　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	
12　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など）はありますか （注）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	
13　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 ・ 見合わせた方がよい** ）と判断します。

被接種者（被接種者が満 16 歳未満の場合は保護者）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、説明しました。

医師署名又は記名押印＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者または被接種者記入欄

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** ）

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

保護者または被接種者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(※被接種者が 16 歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名	接種量	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	(筋肉内接種) ０．５ml	医療機関 所在地 名　称 医師名 接種年月日 年　月　日

説明書の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。**（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）**

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市に提出されることに同意します。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満 16 歳未満のお子様が 1 人で予防接種を受ける場合は必ずこの様式を提出させるようにしてください。

満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。