

子宮頸がん (HPV) 予防接種予診票

一宮市控

住所

一宮市

保護者氏名

被接種者氏名

該当するワクチンを○で囲んでください。



- ・ガーダシル
- ・サーバリックス

| | | | | | | |
|--------|-----|-----------|-----|---|---|----|
| 性別 | 男・女 | 生年 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日生 |
| 診察前の体温 | | | 度 分 | | | |
| 電話番号 | | | | | | |

太枠内を保護者が記入してください。

| | | | | | | |
|-------|--------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|--|
| 接種日年齢 | ○で囲んで下さい → 小学6年 中学1年 中学2年 中学3年 高校1年相当(16歳に達する年度) | | | | | |
| 接種回数 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | | | |

| 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説明書を読み、理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 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カ月以内に病気にかかりましたか。 病名() | はい | いいえ | |
| これまでにHPVワクチン予防接種を受けたことがありますか。 受けているワクチンを○で囲んでください→ (ガーダシル ・ サーバリックス) 接種回数と時期(1回目: 年 月 日) (2回目: 年 月 日) | はい | いいえ | |
| 1カ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。 | 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。()歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか。 | 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。 薬・食品名() | 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人はいますか。 予防接種の種類() | 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人はいますか。 | はい | いいえ | |
| 現在、妊娠している、又は妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。 | はい | いいえ | |
| 現在授乳していますか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | ある | ない | |

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は可能。 医師署名又は記名押印

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た。

医師の診察及び説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種を希望します。
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。 本人(又は保護者)の自署
このことを理解のうえ、本予診票が一宮市に提出されることに同意します。

| 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 3回、同じ種類の メーカー名 ワクチンで接種を Lot No. 受けること ※有効期限が切れていないか要確認 | (筋注) 0.5 ml | 実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日 |

※接種後は、すぐに立ち上がったらず、しばらく様子をみましょう。

注意！この予防接種は、同じ種類のワクチンで3回接種を受けることが必要です。