

HPV（子宮頸がん）予防接種予診票

一宮市控

必ず接種の前に母子健康手帳で接種歴を確認

住所

一宮市

保護者氏名※

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)
(4価) (2価)

被接種者氏名

生年月日	年	月	日
診察前体温	度	分	
電話番号	()	-	

※接種を受ける人が満16歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません

太枠内を保護者が記入してください。

接種日年齢	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 平成9年4月2日生～平成18年4月1日生 (キャッチアップ対象者) *令和7年3月31日まで
R5年度のみ使用欄	<input type="checkbox"/> R5年度キャッチアップ対象(平成18年4月2日生～平成19年4月1日生)
R6年度のみ使用欄	<input type="checkbox"/> R6年度キャッチアップ対象(平成18年4月2日生～平成20年4月1日生)
接種回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目

注意！ この予防接種は、同じ種類のワクチンを3回接種する必要があります。

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種の効果とリスクについて、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ヵ月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい いいえ	
ワクチン接種を受けた後や、けがの後などに原因不明の痛みが続いたことがありますか。	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。 接種ワクチン名→ (ガーダシル(4価) ・ サーバリックス(2価) ・ その他) *接種ワクチンについて記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」を記入してください。 接種回数と時期(1回目: 年 月 日) (2回目: 年 月 日)	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、慢性疾患、悪性腫瘍、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	
そのとき熱がでましたか。	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事がありますか。 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がいますか。	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(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人)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た。

医師の診察の結果・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上で、接種を希望します。

保護者又は被接種者自署 接種を受ける人が16歳未満の場合は保護者自署

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。

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 メーカー名 Lot No ※有効期限が切れていないか確認	(筋注) 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

接種年月日は、はっきりとご記入ください。

○保護者の方へ:必ずお読みください。

<子宮頸がん予防接種において、満16歳未満のお子様に保護者が同伴しない場合に必要となるものです>

予防接種については、保護者がこの予防接種の効果、目的、副反応等について、納得した上でお子様に接種することを決めてください。接種を希望する場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

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。

この予診票に署名するにあたっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてください。

子宮頸がん予防接種を受けるにあ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うえ、本様式が一宮市に提出されることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先

()

—

※ 満16歳未満のお子様が、1人で予防接種を受ける場合は保護者自署欄の記載が必要です。