

※この予診票は診療録にかわるものです。大切に取扱ってください。

## ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票 (キャッチアップ接種用)

|         |     | 診察前の体温 |      | 度    |           | 分 |  |
|---------|-----|--------|------|------|-----------|---|--|
| 住所      | 浅口市 |        |      |      |           |   |  |
| (フリガナ)  | ( ) |        | 女    | 生年月日 | 平成 年 月 日生 |   |  |
| 受ける人の氏名 |     |        | 電話番号 |      | (満 歳 ヲ月)  |   |  |

| 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<br>(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。<br>(注2) 被接種者・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<br>年 月 日 歳 |     |       |   |
|  | 2回目 | ① / ② / ③ / ④<br>年 月 日 歳 |     |       |   |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか<br>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<br>予防接種名 ( ) 接種日 ( )   |     | 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言われましたか  |     | 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<br>薬や食品名・症状等 ( )   |     | 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はありますか<br>予防接種名・症状等 ( )   |     | あ                        | る   | な     | い |
| 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<br>(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 |       |   |
| 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**

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、本予診票が市町村に提出されることについて同意します。

**被接種者自署** \_\_\_\_\_

| 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  | 実施場所           |          |  |  |
| Lot No.            |        | 医師名            |          |  |  |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | 0.5 ml | 接種年月日          | 令和 年 月 日 |  |  |

( 浅 口 市 )