

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。)

HPV(子宮頸がん)ワクチン接種予診票

対象年齢：小学6年生～高校1年生(標準的な接種期間は中学1年生)
平成9年4月2日～平成18年4月1日生まれの人…令和7年3月31日まで

住 所	春日井市	診察前体温：	度	分
	TEL	-	-	
ふりがな		接種回数：	()	回目
氏 名		1か月以内に受けた他の予防接種 R 年 月 日(種類) R 年 月 日(種類)		
		HPVワクチンの2回目以降の場合、 接種日をすべて記入 1回目：H・R 年 月 日 (サーバリックス・ガーダシル) 2回目：H・R 年 月 日 (サーバリックス・ガーダシル)		
保護者の氏名 (受ける人が18歳未満の場合記入)		生年 月日	H 年 月 日生 (満 歳 か月)	

※回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	今日の予防接種について接種の効果や副反応等に関するリーフレットなどを読み、理解しましたか	はい	いいえ	
2	出生時の体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか()	いいえ	はい	
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()	いいえ	はい	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名() 月 日～ 月 日頃	いいえ	はい	
5	HPVの2回目以降の接種や1か月以内に他の予防接種を受けた場合、接種間隔は適切ですか	はい	いいえ	
6	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、発達障害の病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、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()	いいえ	はい	
	(はいの方のみ) 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	
7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか() 歳頃	いいえ	はい	
	(はいの方のみ) そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
8	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 薬品名() 食品名()	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
10	これまでに本人または近親者において予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 誰が() 予防接種の種類() 症状()	いいえ	はい	
11	現在、妊娠している、また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 (注) 妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません	いいえ	はい	
12	現在、授乳をしていますか	いいえ	はい	
13	今日の予防接種について質問がありますか()	いいえ	はい	
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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。被接種者等に対して、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。 医師署名(姓名) 白署又は記名押印(ゴム印+朱肉印)	体温37.5℃以上で接種した理由	見合わせ理由	

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、接種によるリスク、予防接種健康被害救済制度や国・県の相談窓口などについて理解した上で、接種を受けることに(**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する

自署
(18歳未満：保護者の姓名/保護者以外の方の姓名、続柄)
(18歳以上：本人の姓名)

被接種者が16歳未満の場合：保護者署名/・保護者以外の姓名・続柄
16歳以上の場合：本人姓名