

(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。)  
(Gumamit ng di nabuburang bolpen, punan ng sagot na madaling basahin)

# HPV (子宮頸がん) ワクチン予防接種予診票

## Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

### Human Papilloma Virus Infection

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  
Angkop na Edad：Mula 6 na grado sa Elementarya hanggang ika unang Grado sa Senior High School (Ang paghahanda sa pagpapabakuna ay isinasagawa sa ika unang Grado sa Junior High School)

Ipinanganak mula 1997,Abril 2～2006 Abril 1…hanggang2025 Marso 31

住所 Tirahan		春日井市 Lunsod ng Kasugai		診察前体温 Temperatura bago ang pag-susuri 度Grado 分Sec.	
ふりがな Wikang Hapon		男 Lalaki		接種回数 Bilang ng bakuna：( )回目 Beses	
氏名 Pangalan		女 Babae		1か月以内に受けた他の予防接種 Uri ng bakunang natnggap sa loob ng 1buwan 年Taon 月Buwan 日Araw (種類Uri ng bakuna )	
保護者の氏名 Pangalan mg magulang o tagapag-alaga (受ける人が18歳未満の場合記入) (Punan kung ang edad ng mag-papababakuna ay edad 18 pababa)				年Taon 月Buwan 日Araw (種類Uri ng bakuna )	
		TEL — —		HPVワクチンの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 HPV Vaccine Para sa susunod na pagpapabakuna, isulat ang petsa kung kailan nagpapabakuna 1回目： 年 月 日 1 beses： Taon Buwan Araw (サーバリックス・ガーダシル) (Cervarix・Gardasil) 2回目： 年 月 日 2 beses： Taon Buwan Araw (サーバリックス・ガーダシル) (Cervarix・Gardasil)	
				生年 Araw ng kapanganakan 年Taon 月Buwan 日生Araw (満Edad 歳Taon カ月 Buwan)	
				* 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 Katanungan para sa Bakuna		回答欄 Kasagutan		医師記入欄 Punan ng doktor
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 Nabasa at naintindihan nyo po ba ang leaflet o babasahin tungkol sa epekto ng pagpapabakuna at iba pang reaksyon nito.	はい Opo	いいえ Hindi	
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 Kung ang timbang ng bagong silang na sanggol ay kulang o di sapat ng ipinanganak, matapos ipanganak, ayon sa medical na examinasyon para sa sanggol sinabi ba na hindi normal ang kalagayan sa kalusugan ng bata? ( )	いいえ Hindi	はい Opo	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか May sakit ba ang bata ngayon? 具体的な症状を書いてください Anung uring sakit ( )	いいえ Wala	はい Mayroon	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか Nagkaroon ba siya ng sakit sa loob ng isang buwan? 病名 Pangalan ng sakit ( ) ( Buwan月 Araw日～ Buwan月 Araw日頃)	いいえ Hindi	はい Opo	
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 Sa ikalawang beses o higit pa na pagbabakuna ng HVP o sa loob ng isang buwan kung nakapagpa bakuna pa ng iba pang klasen ng bakuna, angkop ba pagitan na araw ng pagpapabakuna?	はい Opo	いいえ Hindi	

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 Nagkaroon ba ang bata ng congenital anomaly,sakit sa puso,bato,atay,central nerve disease,immune deficiency,at iba pang sakit para tumanggap ng pagsusuri ng doctor? 病気Pangalan ng sakit ( )	いいえ Hindi	はい Opo	
	(「はい」の人のみ)(「Opo」 lamang na sagot) 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 Pumapayag ba ang doctor na sumusuri na mabakunahan ang bata ngayon?	はい Opo	いいえ Hindi	
7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Nagkaroon ba ang bata ng pangingsay (kombulsiyon) ( 歳頃Edad )	いいえ Hindi	はい Opo	
	(「はい」の方のみ)(「Opo」 lamang na sagot) そのとき熱が出ましたか May lagnat ba ang bata noong sinumpong	いいえ Wala	はい Mayroon	
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 Sa medicina o gamot, pagkain,produktong mula sa goma, metal, a tiba pa,nag karoon ba ng pantal as balat, pangangati o alerhiya, sumama ba ang pakiramdam ng katawan? 薬品名Pangalan ng gamot ( ) 食品名Pangalan ng pagkain ( )	いいえ Hindi	はい Opo	
9	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか May congenital immune deficiency ba sa pamilya o kamag anak ng bata?	いいえ Wala	はい Mayroon	
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がありますか。Maliban sa taong tatanggap ng bakuna ,hanggang sa kasalukuyan mayroon ba sa malapit na kamag-anak ang nagkakaroon ng masamang kondisyon sa tuwinang magpapabakuna? 誰がSino ( ) 予防接種の種類 Uri ng bakunang natanggap ( ) 症状Sintomas( )	いいえ Hindi	はい Opo	
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 Sa kasalukuyan, nagdadalang tao, o maaring nagdadalang tao (late ang dalaw o regla ) Kung nagdadalang tao ang pagbabakuna ay hindi kanais nais .	いいえ Hindi	はい Opo	
12	現在、授乳をしていますか Sa kasalukuyan kayo ba ay nagpapasuso ng sanggol?	いいえ Hindi	はい Opo	
13	今日の予防接種について質問がありますか May tanong ba kayo sa pagpabakuna ngayon?	いいえ Wala	はい Mayroon	
医師記入欄 Punan ng doktor 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。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ました。 医師署名(自署、姓名)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	
<p>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、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)</p> <p>Sumailalim ako sa pagsusuri at pagpapaliwanag ng doctor,at naintindihan ko ang epekto at layunin ng pagpapabakuna, ang posibleng side reaksyon at panganib sa pagpapabakuna ,Ang Bansa,Prefecture ay mayroon konsultasyon para sa Sistema ng tulong sa pinsala sa kalusugan ng pag-papabakuna.</p> <p>Naiintindihan ko ang nakasaan sa itaas. Sa pag-tanggap ng bakuna (Sumasang-ayon・Hindi sumasang-ayon)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>Ang palatanungan na ito ay nalalayon na patibayin ang kaligtasan ng pagbabakuna,Naintindihan ko ito at sumasang- ayon ako sapag pasa ng dokumentong ito sa munisipyo.</p> <p><b>自署 Pirma</b></p> <p>16歳未満保護者の姓名/保護者以外の方の姓名、続柄</p> <p>16 Gulang Edad pababa Pirma ng magulang o tagapag -alaga/Pirma liban sa magulang o tagapaglaga,relasyon</p> <p>16歳以上 本人の姓名 16 Gulang Edad pataas Pirma ng tatanggap ng bakuna</p>				
使用ワクチン名		接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日	予診年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		(筋肉内接種) 0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入