

(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。)
 (使用不能消去の圆珠笔，并在粗框内用清晰的文字填写。)

HPV(子宮頸がん)ワクチン予防接種予診票

HPV(宫颈癌) 疫苗预防接种问卷

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)

適用年齢：小学6年级学生～高中1年级学生(标准的疫苗接种时期是初中1年级)

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
 1997年4月2日～2006年4月1日出生之人…2025年3月31日为止

住所 地址	春日井市		診察前体温 診断前体温： 度 分	
	TEL 电话 — —		接種回数 接种次数： ()回目次	
フリガナ 平假名		男・女	生年月日	年 月 日生
氏名 姓名			出生年月	(満 満 歳 歳 か月 个月)
保護者の氏名 家长姓名 <small>(受ける人が18歳未満の場合記入) (接种者未滿18岁时请填写)</small>			HPVワクチンの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 如果是HPV疫苗的第2次之后，请填写所有接种日期 1回目第1次： 年 月 日 (サーバリックス・ガーダシル) (HPV 2价疫苗・HPV 4价疫苗) 2回目第2次： 年 月 日 (サーバリックス・ガーダシル) (HPV 2价疫苗・HPV 4价疫苗)	
			*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 提 問 項 目		回答欄 回 答 欄		医師記入欄 医生填写栏
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 关于今天的预防接种的接种效果和副作用等、是否已阅读了宣传册等并已理解了?	はい 是	いいえ 否	
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 是否曾被告知婴儿出生时体重太轻、或是分娩时、出生后、乳儿体检等有异常? ()	いいえ 否	はい 是	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 今天、身体是否有不舒服? 具体的な症状を書いてください请填写具体的症状 ()	いいえ 否	はい 是	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか 最近一个月内有生过病吗? 病名() (月 日～ 月 日左右)	いいえ 无	はい 有	
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 HPV的第2次之后的接种或是一个月内接受过其他预防接种时，接种间隔是否合适?	はい 是	いいえ 否	
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 从出生到现在，是否有被医生诊断为患有(先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、血液、发育障碍的疾病、止血不易的疾病、免疫不全症)等、及其他疾病? 病名()	いいえ 否	はい 是	
	(「はい」のみ) (仅适用回答“是”的人) 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 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?	はい 是	いいえ 否	

7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか(是否曾发生过痉挛(抽搐)? (歳歳 か月頃个月左右)	いいえ 否	はい 是	
	(「はい」の人のみ)(仅适用回答“是”的人) そのとき熱が出ましたか 当时、是否有发热?	いいえ 否	はい 是	
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 是否有因药物及食品、橡胶制品、金属等过敏而在皮肤上出现疹子或荨麻疹，或是身体不适的情况? 薬品名 药物名() 食品名()	いいえ 否	はい 是	
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 在自己的近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人?	いいえ 否	はい 是	
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 至今为止本人或是近亲中在预防接种时，身体有过不舒服吗? 誰が是谁() 予防接種の種類 预防接种的种类() 症状()	いいえ 否	はい 是	
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 现在，是否怀孕中或是有可能怀孕?(例如:经期延迟等) (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 (注)不建议给孕妇或可能成为孕妇的接种疫苗。	いいえ 否	はい 是	
12	現在、授乳をしていますか現在正在哺乳期间吗?	いいえ 否	はい 是	
13	今日の予防接種について質問がありますか关于今天的预防接种是否还有疑问? ()	いいえ 无	はい 有	

医師記入欄 医生填写栏

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

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)

接受医生的检查和说明，在理解有关预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性、接种风险、预防接种健康受害救济制度和国家、县的咨询窗口等的基础上，(同意・不同意)接受接种

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。

自署

本問卷的目的是为了确保预防接种的安全性。

亲笔签名

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。
理解的基础上，同意向市政府提交本问卷。

16歳未満 保護者の姓名/保護者以外の方の姓名、続柄
未满16岁时请填写家长姓名/如非家长时，请记入其姓名、和其关系
16歳以上 本人の姓名
满16岁以上者请填写本人姓名

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 ロットシール貼付 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