

(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。)
 (Please fill out the bold frames in easy-to-read characters with an indelible ballpoint pen)

HPV (子宮頸がん) ワクチン予防接種予診票

HPV (Human Papillomavirus) Vaccine Screening Questionnaire

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)
 Target age: 6th grade of elementary school to 1st grade of high school
 (1st grade of junior high school as a standard period)
 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
 People born April 2, 1997 to April 1, 2006…Until March 31, 2025

診察前体温Body temperature before exam	℃
接種回数 Number of vaccination	()回目 time
1か月以内に受けた他の予防接種 Other vaccination received within the past month	年 Year 月 month 日 day
(種類 Type of vaccine)	年 Year 月 month 日 day
(種類 Type of vaccine)	年 Year 月 month 日 day

住所 Address	春日井市 Kasugai-shi	TEL	-	-	HPVワクチンの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 If the person to be vaccinated receives the second or later dose of HPV Vaccine, all previous vaccination dates should be written. 1回目1 st time : 年year 月month 日day (サーバリックス Cervarix・ガーダシル Gardasil) 2回目2 nd time : 年year 月month 日day (サーバリックス Cervarix・ガーダシル Gardasil)
ふりがな In Hiragana		男・女 M・F	生年月日 Born on	年year 月month 日day (満Age 歳years カ月months old)	
氏名 Name					
保護者の氏名 Parent/Guardian's Name (受ける人が18歳未満の場合記入) Fill in, if the person to be vaccinated is under 18 years old.					*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 Questionnaire for Vaccination		回答欄 Answer		医師記入欄 Doctor's comment
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 Have you read and understood the leaflet and other information material regarding the effects and side effects of the vaccination you'll be receiving today?	はい Yes	いいえ No	
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 Has the person to be vaccinated ever been said to have a low birth weight, or have any abnormalities at birth, after birth, or at an infant health check? ()	いいえ No	はい Yes	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Is the person to be vaccinated sick today? 具体的な症状を書いてください If so, describe the nature of the illness ()	いいえ No	はい Yes	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたかHas the person to be vaccinated been ill in the past month? 病名Disease name() About when? 月month 日day～ 月month 日頃day	いいえ No	はい Yes	
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 If the person to be vaccinated received the second or later dose of HPV Vaccine, or other vaccine in the past month, is the vaccination interval appropriate?	はい Yes	いいえ No	
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 Has the person to be vaccinated ever been treating of special diseases (congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, blood, developmental disorder, hard to stop bleeding, immunodeficiency) or other diseases from birth to now? Is the person to be vaccinated consulting any doctor? 病名Disease name ()	いいえ No	はい Yes	
	(「はい」の人のみ) (Only for those who answered "Yes") 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 Did the doctor in charge of the above disease agree with today's vaccination?	はい Yes	いいえ No	

7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Has the person to be vaccinated had a seizure (spasm or fit) in the past? About what age? years歳 months oldか月頃	いいえ No	はい Yes	
	(「はい」の方のみ) Only for those who answered "Yes" そのとき熱が出ましたか Did the person to be vaccinated have a fever at that time?	いいえ No	はい Yes	
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 Has the person to be vaccinated ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') or become ill as a reaction to medications, food, rubber products, metal etc.? 薬品名Medicine name () 食品名Food name ()	いいえ No	はい Yes	
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 Does the person to be vaccinated have a family member or relative with congenital immunodeficiency?	いいえ No	はい Yes	
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 Has the person to be vaccinated or any member of family and relative ever felt sick after receiving a vaccination? 誰がWho () 予防接種の種類Type of vaccine () 症状Symptom ()	いいえ No	はい Yes	
11	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか Has any family member or relative of the person to be vaccinated ever felt sick after receiving a vaccination? 予防接種の種類Type of vaccine ()	いいえ No	はい Yes	
12	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 (caution) The vaccine is not recommended for girls who are or might be pregnant.	いいえ No	はい Yes	
13	現在、授乳をしていますか Is the person to be vaccinated breastfeeding now?	いいえ No	はい Yes	
14	今日の予防接種について質問がありますかDo you have any questions about today's vaccination? ()	いいえ No	はい Yes	
医師記入欄 Doctor's comment 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)</p> <p>Having received the doctor's examination and explanation and having understood the effects and aims of this vaccination, the potential severe side effects, the risks associated with vaccination, the relief system for injury to health with vaccination and national & prefectural consultation services, I (do・do not) give consent (for the child) to be vaccinated.</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。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>This questionnaire has the purpose to ensure the vaccination's safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city.</p> <p>自署 Self-Signed</p> <p>16歳未満 保護者の姓名/保護者以外の方の姓名、続柄 Under 16 years old Parent/Guardian's first and last name, If not parent/guardian, first and last name, relationship 16歳以上 本人の姓名 16 years old or older your first and last name</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 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