

子宮頸がん予防接種予診票(サーバリックス・ガーダシル)

記入例

1回目⇒2回目(1回目から1か月後)⇒3回目(2回目から5か月後)
 1回目⇒2回目(1回目から2か月後)⇒3回目(2回目から4か月後)

東松山市保管用

分	学年	(小・中・高等) 学校	年生
受ける人の氏名	生年月日	年 月 日生	(満 歳 か月)
現住所	東松山市	保護者氏名	
		電 話	

〇〇3枚の予診票は、東松山市民で小学生から離さない高小1年生が対象です

質問事項	回答欄			医師記入欄
今日の接種は、何回目ですか。該当する回数に○をつけてください。	1回目	2回目	3回目	
母子健康手帳で確認のうえ、これまでの接種履歴を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ記入)	※接種したワクチン名に○をつけてください	9価	2価 サーバリックス	4価 ガーダシル
	※接種日を記入してください。	1回目	年 月 日	
		2回目	年 月 日	
今日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ		
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ		
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 ()	はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ		
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種日 年 月 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いわれましたか。	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。 薬・食品名 ()	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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ		
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。	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。 (注)妊娠または妊娠している可能性がある方への接種は望ましくありません。	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		
医師記入欄	〇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。 〇保護者(接種を受ける方)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。 〇本日接種するワクチンは(サーバリックス・ガーダシル)です。 (シルガード9) 医師署名又は記名押印			

※ 原則、保護者の同伴が必要で(既婚者を除く)。13歳以上で保護者が同伴できない場合には、②の保護者自署欄に記入してください。署名がなければ予防接種は受けられません。

① 〇医師の診察・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)
 〇この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、東松山市に提出されることに同意します。
 保護者又は本人(既婚者)自署 ()

② 〇子宮頸がんウイルス感染症予防接種を受けるにあたっての「説明書」を読み、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ました。また病歴、健康状態、接種当日の体調を考慮した上で、接種することに同意します。
 〇この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、東松山市に提出されることに同意します。
 保護者自署 () 緊急連絡先(続柄) :

子宮頸がんワクチン	接種量	実施医療機関名	接種医師名	接種年月日
ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種 0.5mL			
※有効期限の確認				