

子宮頸がん予防接種予診票 () 回目

HPDL

◎接種回数及び接種間隔等を親子(母子)健康手帳と照合してワクチン接種に臨みましょう。

◎接種日において、住民登録のある住所を記入して下さい。

R8.4月版

住 所	宜野湾市		診察前の 体 温	℃
接種を受ける 方の氏名	ふりがな	性 別	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
		男・女		
保護者氏名	※接種を受ける方が16歳以上の場合記載不要		電話番号	

子宮頸がんワクチン接種歴	1 回 目	2 回 目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
接種時年齢	(歳)	(歳)
ワクチンの種類 (○をつけてください)	[シルガード9・その他()]	[シルガード9・その他()]

(※) シルガード9は、1回目を14歳までに接種した場合、2回接種で完了(標準的な接種間隔: 6か月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける子宮頸がんワクチンの予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
2. 今日、体に具合の悪いところはありますか。 具体的な症状 ()	はい いいえ	
3. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名 ()	はい いいえ	
4. 1か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか。 病名 ()	はい いいえ	
5. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日 ()	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、脳神経、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 () 現在、投薬や治療を受けている方は、具体的な内容を記入してください。() 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言われましたか。	はい いいえ	
7. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。() 歳頃 そのときに熱が出ましたか。	はい いいえ	
8. 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	
9. 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。 予防接種名 () 症状 ()	はい いいえ	
10. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい いいえ	
11. 薬や食品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・食品・製品名など ()	はい いいえ	
12. 現在妊娠している、又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。	はい いいえ	
13. 現在、授乳をしていますか。	はい いいえ	
14. 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】 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) と判断する。

保護者及び被接種者(保護者同伴のない者は被接種者)に対して、予防接種の効果・目的、副反応、予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印 _____

【保護者同意欄】 説明書をよく読み、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) *どちらかを○で囲んで下さい。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署〔必須〕

(※16歳以上は、本人自署可)

【13~15歳のお子様で保護者が同伴できない場合】

※裏面の保護者自署欄へのご記入もお願いします →署名がないと予防接種は受けられません。

使用ワクチン名	接種方法・接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 □予診のみ	筋肉内接種	0.5 ml	実 施 場 所
Lot No.	上腕三角筋部 (右・左)		医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認			接種(予診)年月日 年 月 日
子宮頸がんワクチンと同時に接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと【MR・麻疹・風しん・日本脳炎・DT・その他()】			

【保護者の方へ:必ずお読みください】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要でしたが、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については13～15歳のお子様は、保護者が別紙説明書をよく読み理解し、納得し、署名した場合に限り、保護者の同伴なしでも予防接種を受けることができるようになりました。ただし、**接種後、急な体調の変化をきたす恐れがありますので、原則、保護者同伴をお願いします。**

同伴できない場合は必ず保護者自署欄(両面)に署名してください。

この予診票に署名するに当たり、疑問等があれば、あらかじめかかりつけ医や、当センターへご相談ください。

【13～15歳のお子様にご当日同伴できない保護者の方へ】**※以下の保護者署名がないと予防接種は受けられません。**

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたり説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で接種させることに同意します。

なお、別紙説明書は保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、市町村に提出されることに同意します。

保護者自署〔必須〕

続柄:

住 所

緊急連絡先

◆当日持参するもの◆ 親子(母子)健康手帳 ・ 予診票 ・ マイナ保険証等(本人確認書類)

※宜野湾市に転入してきた方で、転入前に子宮頸がんの予防接種を受けた方は、下記までご連絡ください。

宜野湾市 健康増進課 予防係 (宜野湾市保健相談センター内) TEL:898-5596 FAX:898-5585