

●予防接種を受ける前の注意

- ①予防接種は、お子さんの体調のよい時に受けるものです。お子さんの健康状態には充分気をつけましょう。何か心配のあるときは、かかりつけ医師や宜野湾市保健相談センターにご相談ください。
- ②予診票はお子さんの健康状態に詳しい保護者が記入し、親子（母子）健康手帳と一緒に持参してください。また、お子さんの健康状態をよく知っている保護者が連れて行きましょう。
- ③受ける予防接種についての必要性や副反応について、よく理解しておきましょう。

宜野湾市 健康推進部 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



（宜野湾市予防接種のページ）

◎予防接種を受けることができない子

1. 接種施設で測定した体温が、37度5分以上あるお子さん。
2. 重い病気にかかっていることが、明らかなお子さん。
3. 予防接種の接種液の成分によって、30分以内にひどいアレルギーをおこしたことがあるお子さん。
4. その他、医師が不適当な状態と判断したお子さん。

◎予防接種を受けるにあたって、お医者さんとよく相談しなければならない子

主治医の先生に前もって相談してから接種してください。

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育が悪いなどで治療をうけているお子さん。
2. 予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられたお子さん及び全身性発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられたお子さん。
3. 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーをおこすおそれのあるお子さん。
4. 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがあるお子さん。
5. 過去に免疫不全の診断がされているお子さん及び近親者に先天性免疫不全症の者がいるお子さん。
6. 妊婦あるいは妊娠している可能性のある子（3回接種期間中を含む）
7. 現在、授乳中の方

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

子宮頸がん予防接種予診票（ ）回目

R5.4月版

◎通知が行き違う場合がありますので、接種回数および接種間隔等を母子健康手帳と照合してワクチン接種に臨みましょう。

住 所	宜野湾市		診 察 前 の 体 温	度 分	
接種を受ける人の氏 名	ふりがな	性別	生 年 月 日	平成・令和	年 月 日 (満 歳 か月)
		男・女			
保護者氏名※			電 話 番 号		

※接種を受ける者が満16歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。		はい	いいえ	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください。 (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔を置いて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	1回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
	2回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか。 (注) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。		① / ② / ③		
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状 ()		はい	いいえ	
1ヵ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	
1ヵ月以内に家族や友達に麻しん(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	
1ヵ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	
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、血液疾患、免疫不全)や、その他の病気(慢性疾患も含む)にかかり、医師の診察を受けていますか。病名 ()		はい	いいえ	
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。()		はい	いいえ	
その病気をみてもらっている主治医には、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	
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。 予防接種名 () 症状 ()		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方はいますか。		はい	いいえ	
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。薬・食品・製品名など ()		はい	いいえ	
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	
現在、授乳をしていますか。		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	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た。被接種者のHPVワクチン接種歴を確認したうえで、(サーバリックス ・ ガーダシル ・ シルガード9)接種を行うこととする。 医師の署名又は記名押印
保護者記入欄①	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) *カッコ内のどちらかを○で囲んで下さい。 また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村に提出されることに同意します。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人) 自署

〔保護者が同伴しない場合〕※満16歳未満のお子様が一人で予防接種を受ける場合

保護者同意欄②	保護者の同伴がなく、お子様だけで接種を受ける場合には、接種に関する保護者の同意が必要です。以下の内容を読み、必ず署名をしてください。(署名がなければ予防接種は受けられません) 別紙の予防接種説明書を読み、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健康被害救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。
	年 月 日 保護者自署 続柄() 緊急連絡先()

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNo.シールをお貼りください	接種量と部位	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合にもご記入下さい。)
	筋肉内接種: 0.5ml 上腕三角筋部(右・左)	実施場所: 医 師 名: 接種(予診)年月日: 年 月 日
子宮頸がんワクチンと同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと【MR・麻しん・風しん・日本脳炎・DT・その他()】		