

HPV ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

診察前の体温

度 分

回 数	1 回目	・	2 回目	・	3 回目
住 所	札幌市 区		電話番号 () -		
(フリガナ) 被接種者氏名	生 年 月 日		平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)		
保護者の氏名※	相当する学年		小 6 ・ 中 1 ・ 中 2 ・ 中 3 ・ 高 1 ・ 他		

※ 接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、記載する必要はありません。

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札幌市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか	1 回目	2 回目	3 回目	
(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15歳になるまでに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、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か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	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	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 ()	ある	ない		
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) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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 (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。

保護者(接種を受ける者が満 16 歳以上の場合には本人)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。

医師署名又は記名押印

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)。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

保護者又は被接種者自署 _____

(※被接種者が 16 歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名 (注)有効期限確認	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種 0. 5 m l	実施場所
医師記入欄		医師名 接種年月日 令和 年 月 日

HPV ワクチン接種済証

		診察前の体温	度	分		
回数	1回目	・	2回目	・	3回目	
住所	札幌市 区		電話番号 () -			
(フリガナ) 被接種者氏名		生年月日	平成・令和	年	月	日
保護者の氏名		相当する学年	小6・中1・中2・中3・高1・他			

減カン

札幌市長

(公印省略)

《予防接種を受けた後の注意事項》

- 接種当日はいつもどおりの生活をしてかまいませんが、激しい運動は避けましょう。
- 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- 予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。予防接種を受けた後、心配なことがありましたら、接種した医師にご相談ください。
- この接種済証は、母子健康手帳とともに大切に保管してください。

この用紙は定期的な予防接種を受けられた方に、お渡しください。

使用ワクチン名 (注) 有効期限確認	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所
医師記入欄		医師名 接種年月日 令和 年 月 日

※実施医療機関名については、ゴム印でもかまいません。