

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン 小学6年生～高校1年生相当の女子  
【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】 ※いずれかに○をしてください。

- ◎ 説明書(子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種のお知らせ)をよく読みましょう。
- ◎ 2回目、3回目も、原則同じワクチンで接種を受けてください。

今回は[サーバリックス・ガーダシル・シルガード9]を 月 日に接種を受けてください。

- ◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。
- ※ 予防接種を見合わせた理由[ ]

令和 年 月 日  
(1回目・2回目・3回目)  
筋肉内 0.5ml  
接種部位(左・右)上腕部

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン 予診票

- ◎ 接種当日に該当項目に記入、もしくは○で囲んでください。(※印は記入しないでください。)

住所・電話	大阪市 区	電話
受ける人の氏名	女 保護者の氏名	
受ける人の生年月日	平成 年 月 日生(満 歳)	

令和 年 月 日  
(1回目・2回目・3回目)  
筋肉内 0.5ml

質問事項	回答欄	医師の確認欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書(子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種のお知らせ)を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
2. 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)これまで接種した日付、ワクチンの種類を記入してください。 ※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 の内 いずれか一つを○で囲んでください。 ※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か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法で完了させることができます。 ※保護者又は被接種者・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 年月日 ① / ② / ③ / ④ 2回目 年月日 ① / ② / ③ / ④	
3. 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。 ※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) の内 いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③	
4. 今日、身体に具合の悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。( )	はい いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気やケガでお医者さんにかかりましたか。 病名( ) 時期( )頃	はい いいえ	
6. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名( ) その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい いいえ はい いいえ	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。回数( )最後におこした時期( )歳頃 その時に熱は出ましたか。	はい いいえ はい いいえ	
8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
9. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類( )	はい いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類( ) それはどんな状態でしたか( )	はい いいえ	
11. 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。	はい いいえ	
12. 近親者の中で予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい いいえ	
13. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。	はい いいえ	
14. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に( )	はい いいえ	

※[医師の記入欄] 診察所見・その他特記事項 以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。本人または保護者に対して、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。	※ 体温測定 度 分 医師署名又は記名押印
---	--------------------------

15. 医師の診察・説明を受け、子宮頸がんの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うえで、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。	保護者自署(フルネームで記入) <sup>※1</sup> ※1 16歳以上の場合、本人自署可
--	--

※ 使用ワクチン名

※ 実施場所

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※ 接種部位(左・右)上腕部

※ 接種医師名

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。

この部分の裏面は、予防接種予診票の副票になっています。

副票はこの予防接種の証明となりますので、

大切に保管してください。

本様式は、予防接種の対象者のうち、13歳以上15歳以下の者が実施する接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

11～12歳の方 保護者の同伴が必要です。また、この用紙の裏面「保護者自署」欄に署名をお願いします。

※13～15歳の方 原則として、保護者は同伴してください。裏面の「保護者自署」欄に署名をお願いします。同伴が難しい場合は、裏面の署名に加えて、この用紙の下部にも署名をお願いします。

16歳以上の方 保護者の同伴は必要ありません。また、表裏ともに保護者の署名は必要ありません。

13～15歳のお子さまに当日同伴できない保護者の方へ

**※以下の欄に署名がなければ予防接種は受けられません。**

13歳～15歳のお子さまが保護者の同伴なしで予防接種を受ける場合、保護者の方は事前に別紙「子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種のお知らせ」に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子さまに接種することを決めてください。

接種を決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)

別紙「子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種のお知らせ」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うえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、別紙「子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種のお知らせ」は保護者が予防接種に対する理解を深めるために作成されたことを理解のうえ、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署：

住 所： 大阪市 区

緊急連絡先：

11～15歳の方は、この用紙の裏面にある予診票(No.15)にも保護者の署名が必要です。