

※該当するものを○で囲んでください。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種  
(子宮頸がん予防ワクチン) 予診票

サーバリックス®:2価	1回目	2回目	3回目
ガーダシル® :4価	1回目	2回目	3回目

住 所	福岡市 区		
ふりがな 受ける人の氏名		女	生年 月 日
保護者の氏名 <small>※接種を受ける人が満16歳 以上の場合は記載不要</small>	電話番号 ( )		平成 年 月 日生 (満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
①診 察 前 の 体 温	度 分		
②今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③子宮頸がん予防ワクチンを接種したことがありますか。ある方は、接種日を記入し、接種したワクチン名を囲んでください。 ※ 保護者または被接種者・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」を記入してください。 ・ 1回目 (接種日: 年 月 日、サーバリックス ・ ガーダシル) ・ 2回目 (接種日: 年 月 日、サーバリックス ・ ガーダシル)	はい	いいえ	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他 )	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他 )	はい	いいえ	
⑥1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	
⑦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・脳神経の病気、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 ( ) ・ 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	
⑧ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 歳頃) ・ その時に熱は出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑨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。 (卵、薬、その他 )	はい	いいえ	
⑩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	
⑪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	
⑫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	
⑬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	
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] 診察所見 咽頭(異常なし□、 ) 胸部(異常なし□、 ) その他( )  
 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歳以上の場合は本人)に対して、予防接種の結果、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。  
 医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

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 ) ※かつこ内のどちらかを○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の自署  
(※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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. <small>(注) 有効期限がきれていないか要確認</small>	(筋肉内接種) 0.5mL	医療機関名	
		医 師 名	
		接種年月日	令和 年 月 日