

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

保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている中学1年生～高校1年生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

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となっていました。13歳以上の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合には、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。**(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)** ※13歳未満の方は保護者の同伴が必要です。

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

※【予防接種の対象となっている小学6年生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

13歳未満の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す。

保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

同封のお知らせの内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。

保護者が
同伴する場合

・裏面の予診欄を記入して、予防接種を受けてください。

保護者が
同伴しない場合

・下記の同意欄と裏面の予診欄に署名(質問事項にもすべて記入)して、
予防接種を受けてください。

同意欄(保護者が同伴しない場合)

接種させることを決定した場合は、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。)**
接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発生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、本説明書は、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、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

緊急の連絡先

※ この同意欄は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。裏面の予診欄にも署名が必要です。

予 診 欄

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

※該当するものを○で囲んでください。

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	平成 年 月 日生
保護者の氏名 <small>※受ける人が既婚の場合は記載不要</small>	電話番号 ()			(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。	はい	いいえ	
・ 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)			
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。 (麻疹、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 ()	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言われましたか。	いいえ	はい	
⑧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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)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。
 医師の署名又は記名押印 _____

[保護者が同伴しない場合] 接種を受ける方の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに
 (同意します ・ 同意しません) ※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。
[保護者が同伴する場合、受ける人が既婚者の場合]
 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) ※かっこ内のどちらかを○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(接種を受ける人が既婚者の場合は本人)の自署 _____

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