

HPVワクチン予防接種予診票

所沢市

※黒のボールペンで太線内を記入してください。 記入例 1

予防接種番号は通知に記載の数字を記入してください。(記載がない場合は)

※「シルガード9(9価)」を接種される際は、オレンジ枠部分を修正の上ご記入いただき、接種医療機関へお持ちください。

予防接種番号	<input type="text"/>	電話番号	-	
受ける人の氏名			生年月日(西暦)	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
受ける人のふりがな	かた <input type="text"/>	満 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女
※独り暮らし			診察前の体温	
保護者の氏名			※今回が2回目以降の接種の場合、これまでに受けたワクチンの種類を○で囲み、接種日を記入してください。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」を選択してください。	
今回受けるワクチンの種類・回数	<input type="checkbox"/> サーバリックス → 回数 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> シルガード9 <input type="checkbox"/> ガーダシル → 回数 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
これまでに受けたワクチンの種類・日付※	<1回目> サーバリックス(2価) ・ ガーダシル(4価) その他 不明 接種した日 20 年 月 日 <2回目> サーバリックス(2価) ・ ガーダシル(4価) その他 不明 接種した日 20 年 月 日			

ワクチン名を「シルガード9」に修正してください。(上段・下段どちらでも可)

1・2回目を「シルガード9(9価)」で接種済みの場合は、「その他」に○をしてください。

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市から配られている説明書を読み、内容を理解しましたか	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて説明を受け、理解しましたか	はい	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気がかかりましたか 病名()	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 接種日()	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経系に病気がかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	いいえ	
(はいの人) 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
(はいの人) 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しん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・食品名()	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がありますか 種類() 症状()	ある	ない
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	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人はいますか 症状()	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 ※妊娠している方への接種には、注意が必要です。接種医にご相談ください。	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 <input type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 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。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	---

記保護者欄	医師の診察・説明を受け、又は、あらかじめ市から配られている説明書を読み、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(<input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません)。 ※ () 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。 保護者又は被接種者(16歳以上の場合)自署 このことを理解の上、本予診票が所沢市に提出されることに同意します。 接種当日に所沢市に住民票がない場合は、原則公費で接種できません。 被接種者の年齢が13歳以上の場合に限り、保護者が同伴しないことができますが、16歳未満の場合保護者の自署は必要です。 保護者が(<input type="checkbox"/> 同伴します ・ <input type="checkbox"/> 同伴しません)。 ※ () 内のどちらかを○で囲んでください。
-------	---

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	筋肉内接種	実施場所
Lot No.	サーバリックス*	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	ガーダシル*	接種年月日(西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日