

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。

2価:サーバリックス®

1回目

(1か月後) 2回目

(1回目から6か月後) 3回目

4価:ガーダシル®

1回目

(2か月後) 2回目

(1回目から6か月後) 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	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の説明文を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
③接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 ・未熟児（出生体重： g）で生まれたり、分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか。（乳幼児健診も含めて）	ある	ない	
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、風疹、水痘、おたふくかぜ、突発性発疹、その他)	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や遊び仲間に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、その他)	はい	いいえ	
⑦1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	
⑧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	
⑨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	
⑩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	
⑪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	
⑫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	
⑬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	
⑭現在、妊娠している、または妊娠している可能性（生理が遅れているなど）はありますか。 (注) 妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。	はい	いいえ	
⑮現在、授乳をしていますか。	はい	いいえ	
⑯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。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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 ）※かつこのどちらかを○で囲んでください。

【保護者が同伴する場合】 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性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	(皮下接種) 0.5mL	医療機関名	
Lot No.	接種部位：上腕伸側部 (右 ・ 左)	医 師 名	
(注) 有効期限がきれていないか要確認		接種年月日	平成 年 月 日