

子宮頸がん予防ワクチン接種予診票

キャッチアップ接種
予診票記入例

※今回接種する回数を○で囲んで下さい。

接種回数	1回目	2回目	3回目	診察前の体温	度	分
住所				TEL		
ふりがな				生年月日	平成	年 月 日生
受ける人の氏名					(満	歳 カ月)
保護者の氏名	記入不要					

子宮頸がんワクチン接種歴	1回目 (年 月 日)	2回目 (年 月 日)
--------------	---------------	---------------

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町村から配られている説明書を読み理解しましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的に症状を書いてください ()	ある	ない	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全、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	
その時に熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品、ゴム製品、金属など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 薬・食品・製品名など ()	はい	いいえ	
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	
現在、妊娠している可能性、または妊娠している可能性(生理がおくれているなど)はありますか 【注】妊娠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	
今日の予防接種について質問がありますか ()	はい	いいえ	

○医師の記入欄

以上の問診等の結果、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。

接種を受ける本人(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などについて、説明をしました。

医師署名または記 ()

○本人(未成年の場合はその保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の発生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)かこの中のどちらかを○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。

本人(未成年の場合はその保護者)の自署 ()

使用ワクチン名	接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot. No. (注)製造番号シールを貼付するか又は、記入してください (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内接種 0.5ml	実施場所
	上腕三角筋部	医師名
	右 左	接種年月日 令和 年 月 日