

広域化予防接種対象者	(1) かかりつけ医 (医師名:)
	(2) やむを得ない事情 ()

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票 サーバリックス・ガーダシル (2回目) (岐南町・笠松町)
様式第1の1(個別)

定期接種対象+キャッチアップ接種対象者用	今朝の体温	度	分	診察前の体温	度	分
住 所	羽島郡 町	電話 ()				
受ける人の氏名		男・女	生年月日	平成・令和	年	月 日生
保護者の氏名				(満	歳	か月)

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「町がお渡しした説明書」を読みましたか	はい	いいえ	
過去に、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ワクチンの種類 (サーバリックス・ガーダシル) 1回目 (年 月 日)	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか かかった (月 日～ 月 日) 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか (病名) だれが ()	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 接種日 (月 日) 予防接種名 ()	はい	いいえ	
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、免疫不全症 その他の病気) で医師に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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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 原因: 卵・ゼラチン・その他 ()	はい	いいえ	
近親者の中に先天性免疫不全と診断されているかたはいますか	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はありますか 予防接種名 ()	ある	ない	
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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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 (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	
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。 見合わせ理由 () 保護者又は本人 (満 16 歳以上の場合) 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。 予診年月日 令和 年 月 日 医師署名又は記名押印			

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) ※かつこのなかのどちらかを○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、本予診票が町に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者 (被接種者が 16 歳未満の場合は保護者自署) 自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・医師名・接種年月日
ワクチン名 サーバリックス・ガーダシル Lot No. 有効期限 年 月 日	(筋肉内接種) 0.5 ml 接種部位	医療機関名 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

様式第2号の1 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 (2回目) 済証 親子 (母子) 健康手帳のない方のみ太枠内を記入してください。

親子 (母子) 健康手帳の記入	住所 笠松町	予防接種年月日 令和 年 月 日
	氏名 生年月日 平成・令和 年 月 日	メーカー名 (MSD株式会社・グラク・スミスクライン) ロット番号 医療機関名 医師名
有 無	令和 年 月 日	笠松町長

※予防接種を受けた証明となりますので、親子 (母子) 母子健康手帳に貼って大切に保管してください。

保護者の方へ

ヒトパピローマウイルス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、重篤な副反応発症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、子供に接種させることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※ヒトパピローマウイルス予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満 16 歳未満のお子様は 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。

満 16 歳未満の方は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。

保護者が同伴される場合も上記に署名し提出してください。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種（2回目）

接種前チェックリスト

※予防接種の前に下記のチェックリストを必ず保護者（※満 16 歳以上の場合は本人）の方がご記入してください。

※チェックリストの(問題あり)に該当する場合は、医師、または町の保健師に相談してください。

記入した方の名前()

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受ける方についておたずねします。	問題なし	問題あり
現在お子さんの住民票は、岐南町・笠松町にありますか。 定期予防接種は、受ける方の住民票がある市町村が行います。この予防接種予診票発行後に住民票を異動された場合は、現在住民票のある市町村で予防接種を受けなければなりません。	あ る	な い
接種を受ける方は小学校 6 年生から高校 1 年生の女性ですか。 (当該年度中に 12 歳から 16 歳になる方) または、キャッチアップ接種対象者である 平成 9 年 4 月 2 日生まれから平成 20 年 4 月 1 日生まれの女性ですか。 ※令和 4 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日の 3 年間に限り、接種が可能です。	は い	い い え
今回接種予定のワクチンは、前回の予防接種（1回目）のワクチンと同じ種類ですか。 [ヒトパピローマウイルス感染症予防接種は同じワクチンを接種してください。]	は い	い い え
前回 1 回目の接種から 1 か月以上経過していますか。	は い	い い え
1 週間前から、今日（朝及び、家を出る前）までの間 37.5℃以上の発熱がありましたか。	な い	あ る
現在治療中の病気や、服薬中の薬がありますか。 病名 () 薬の名前 ()	な い	あ る