

# 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。**

**【13歳未満のお子様の保護者の方へ】**

13歳未満のお子様接種を受けられる際は、保護者の同伴が必要です。

**【13歳以上16歳未満のお子様の保護者の方へ】**

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16歳未満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、納得してお子様を接種を受けさせることを希望する場合には、この予診票(表裏2か所)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。)**

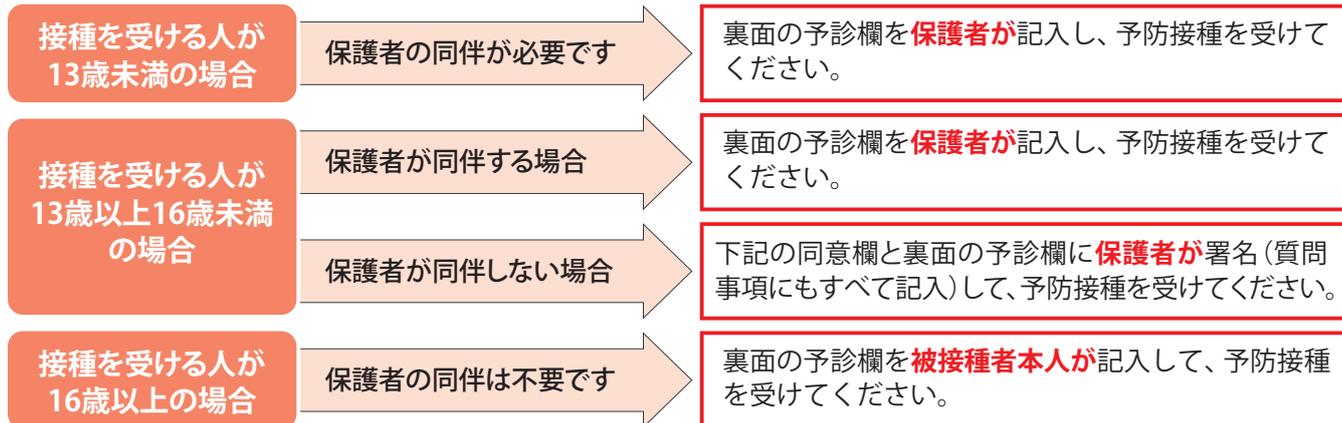
この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

**【16歳以上の方へ】**

16歳以上の方が接種を受けられる際は、保護者の同伴及び署名が不要です。

**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。



### 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。**(満16歳未満の者は、保護者の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、接種を受ける人が13歳以上16歳未満で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**

※該当するものを○で囲んでください。

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

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
シルガード®9 :9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16歳以上の場合は記載不要</small>			電話番号 ( )

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、接種したワクチンの種類を○で囲んでください。	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・シルガード9) 2回目(接種日: 年 月 日 サーバリックス・ガーダシル・シルガード9) <small>(注1) シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔を置いて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注2) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。</small>			
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。 (麻しん、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。

医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

**[接種を受ける人が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合]** ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください。  
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 )

**[保護者が同伴する場合、接種を受ける人が満16歳以上の場合]** ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください。  
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 )

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。

**保護者又は被接種者自署**  
**(接種を受ける人が満16歳未満の場合は保護者自署)** \_\_\_\_\_

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	(筋肉内接種) 0.5mL	医療機関名		
Lot No.		医 師 名		
<small>(注)有効期限がきれていないか要確認</small>		接種年月日	令和 年 月 日	