

*13歳以上満16歳未満の方で、保護者が同伴できない場合は、あらかじめ太枠内及び裏面を記入してください。

福山市ヒトパピローマウイルス予防接種予診票(シルガード9)

☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 *回数のいずれかに✓をしてください。

太枠の中を、被接種者又は保護者が記入してください。

被 接 種 者	住所	福山市										電話番号 () -				
	名前	カタカナ(*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)														
		漢字										性別	女性			
	生年月日	西暦					年			月			日	年齢	歳	か月
		(又は 和暦 年)										診察前の 体温	度 分			
保護者名前		*被接種者が満16歳以上の場合は、記載不要です。														
質 問 事 項 *回答欄のいずれかを○で囲んでください。														回答欄		医師欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。														はい	いいえ	
(2回目以降の場合)これまでに接種したワクチンの種類、接種日、接種時の年齢を記入してください。														1回目のワクチン	① / ② / ③	
※ワクチンの種類は、①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。記録が得られず、分からない場合には、医師が「不明」と記入してください。														接種日	年 月 日	
※シルガード9(9価)の場合、初回を15歳未満で接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。														接種時の年齢	歳	
※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。														2回目のワクチン	① / ② / ③	
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。														接種日	年 月 日	
()														接種時の年齢	歳	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。														はい	いいえ	
病名()														はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。														はい	いいえ	
予防接種名																
接種月日		月 日						月 日								
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。														はい	いいえ	
(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)														はい	いいえ	
病名()																
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。																
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	
その時熱が出ましたか。														はい	いいえ	
主治医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	
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。														はい	いいえ	
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	
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。														はい	いいえ	
予防接種の種類()																
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。														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、妊娠しているまたは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。														はい	いいえ	
(注)妊婦または妊娠している可能性がある方への接種は望ましくありません。																
現在、授乳をしていますか。														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	
記 入 欄	医師	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (医師署名又は記名押印)														
被 接 保 種 者 者 記 又 入 は 欄	保護者	(実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。(保護者(被接種者が満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、(保護者が同伴できない場合はあなたのお子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調を考慮した上で)接種することに	(同意します ・ 同意しません)														
	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自署(被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)) このことを理解の上、この予診票が市に提出されることに同意します。															
ワクチンロット番号				接種量				実施場所・医師名・接種年月日								
Lot No.				(筋肉内接種)				実 施 場 所								
有効期限 年 月 日				0.5 ml				医 師 名								
※シール貼付可				接種年月日				西暦 20 年 月 日								

(注)有効期限が切れていないか要確認

*この予診票は、保健予防課で保管します。