

野木町子宮頸がん予防ワクチン接種（ガーダシル）予診票

接種回数・接種日	初回(年 月 日)	2回目(年 月 日)	3回目(年 月 日)
接種時期	小学6年生～高校1年生相当対象	初回接種日から1か月以上	2回目接種日から3か月以上
住所	<input type="checkbox"/> 野木町に住民票がある	野木町大字	TEL ()
ふりがな			
受ける人の氏名		女	生年月日 平成 年 月 日生
保護者氏名			(満 歳 か月)

診察前の体温	度 分
--------	-----

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から配布されている説明を読みましたか	はい いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い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 病名()	はい いいえ	
最近1か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、特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気)にかかり、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もよいと言われましたか	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか()歳頃	はい いいえ	
そのとき、熱は出ましたか	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、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方はいますか	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 予防接種名()	はい いいえ	
家族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接種を受けましたか	はい いいえ	
現在、妊娠している、又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) 妊娠又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	
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 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について説明しました。 医師の署名又は記名押印		

保護者記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません) 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、本予診票が野木町に提出されることに同意します。	保護者自署
---	-------

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
名称：組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(酵母由来) <input type="checkbox"/> ガーダシル水性懸濁筋注シリンジ <input type="checkbox"/> ガーダシル水性懸濁筋注 メーカー名：MSD株式会社 製造番号：	筋肉内接種、0.5ml 接種部位： 上腕三角筋部(右・左) 大腿四頭筋部(右・左)	実施場所 接種医師名 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目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、麻しんなどの予防接種の効果が十分でないことがあります。

※保護者が同伴しない場合、裏面の記入がないと接種ができません。必ず記入してください。

子宮頸がん予防ワクチン接種 保護者同意書

保護者が同伴しない場合は事前に記入してください。保護者が同伴しない場合、記入がないと接種できません。

子宮頸がん予防ワクチンの接種を受けるにあ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健康被害発生時の救済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 野木町大字 _____

緊急の連絡先 _____

※本様式は、13歳から高校1年生に相当する年齢の方を対象として実施する子宮頸がん予防ワクチン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。お子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ず記入してください。

※子宮頸がん予防ワクチンは小学校6年生から高校1年生相当の方が対象ですが、13歳未満の方は保護者の同伴が必要です。

なお表面にも保護者の署名がないと予防接種は受けられません。お手数ですが表裏両面の記入をお願いします。