

任意接種用

接 種 回 数	2回接種を希望 ・ 3回接種を希望 ※2回接種は9歳以上15歳未満のみ可能		診察前の体温	度 分
	1回目(/)・2回目(/)・3回目(/)			
住 所	〒 ー		電 話 番 号	() ー
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 ヲ月)
保護者の氏名 (接種を受ける人が 未成年(18歳未満)の場合)				

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の説明文(『9価HPVワクチン(シルガード®9)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○具体的な症状()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 ○具体的な病名()	はい	いいえ	
最近1ヵ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	
これまでに他のHPVワクチンの接種を受けたことがありますか。 「はい」の場合、何回接種したか、最後に接種した日付を記入し、該当するワクチンの種類に○をつけてください。 ○接種回数と時期(回、 年 月 日) ①サーバリックス®(2価) ②ガーダシル®(4価) ③不明	はい	いいえ	
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)にかかり医師の診断を受けていますか。 ○具体的な病名() ○主治医のコメント()	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しんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。 ○薬・食品名()	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はありますか。 ○予防接種名()	はい	いいえ	
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	
今日の予防接種についての質問がありますか。	はい	いいえ	
以下は、女性の方にお伺いします。			
現在、妊娠している、また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。	はい	いいえ	
現在、授乳をしていますか。	はい	いいえ	

[illegible]

本人および保護者 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ました。	
以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。(<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)	
本人の署名〔 <input type="text"/> 〕	
保護者の署名〔 <input type="text"/> 〕	
(接種を受ける人が未成年(18歳未満)の場合)	

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9価ヒトパピローマウイルス様 粒子ワクチン(酵母由来) シルガード®9水性懸濁筋注シリンジ 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： 上腕の三角筋部(右 ・ 左) 大腿前外側部 (右 ・ 左)	実施場所： 医師名： 接種年月日： <div> 年 月 日 時 </div>

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。記載いただきました個人情報、は、予防接種に関する予診のみに使用します。