

# けい 子宮頸がん予防ワクチン予防接種予診票

下の太わくのすべての項目について、ボールペンまたはペンであてはまるところに記入するか、○印でかこんでください。

この予診票添付の『子宮頸がんワクチン予防接種について』を必ずお読みください。

やむをえず、保護者が同伴できない場合は、この予診票の裏面の○保護者の方へをお読みください。

		( 1 回 目 ・ 2 回 目 ・ 3 回 目 )	
(ふりがな)		性別	保護者の氏名※
受ける人の氏名		男・女	住 所
平成 年 月 日生(満 歳 ヶ月)			区
			電話 (          -          )
		診察前の体温	度 分
質 問 事 項			回 答 欄
			医師記入欄
この予診票に添付している「子宮頸がんワクチン予防接種について」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(熱・せき・鼻汁・下痢・吐く・その他_____)			いいえ  はい
最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名(_____)			いいえ  はい
4週間以内に家族や友だちに次のような病気の方がいましたか 病名(麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ)			いいえ  はい
4週間以内に次のような予防接種を受けましたか 予防接種名(ポリオ、BCG、麻しん(はしか)・風しん、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう))			いいえ  はい
1週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか 予防接種名(_____)			いいえ  はい
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、発育障害の病気 血が止まりにくくなる病気、免疫不全症、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(_____)			いいえ  はい
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 最終発作 平成 年 月			いいえ  はい
そのとき熱がありましたか ( およそ 度 分 )			はい  いいえ
薬や食品、ゴム製品、金属などで皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか			いいえ  はい
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			いいえ  はい
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 予防接種の名前(_____)			いいえ  はい
あればそのときの症状を書いてください 症状(熱・吐いた・注射部位のはれ・その他_____)			
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			いいえ  はい
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 (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			いいえ  はい
現在、授乳をしていますか			いいえ  はい
今日の予防接種について質問がありますか(_____)			いいえ  はい

医師の記入欄  
 診察所見(異常なし・あり) 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(接種を受ける者が既婚者もしくは保護者が同伴しない場合は本人)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、説明をした。 医師署名又は記名押印 堤 隆 博

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、接種を希望しますか、やむをえず保護者が同伴できない場合は、あなたのお子さんの病歴・健康状況  
 ・接種当日の体調を考慮しこの予診票の裏面の○保護者の方へをお読みになり理解した上で、保護者自署欄に署名し  
 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。このことを理解のうえ、本予診票が北九州市に提出さ  
 れることに同意します。  
 保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)自署 \_\_\_\_\_

使用ワクチン名	接 種 量	接 種 回 数	実施場所・医師名
ワクチン名:	(筋肉内接種)	1回目・2回目・3回目	実施場所 医療法人 つつみこどもクリニック 北九州市八幡西区八枝3丁目9-30
Lot No.	0.5 ml	(該当のところを○でかこんでください)	医師名 理事長 堤 隆 博
			接種年月日 平成 年 月 日

○ 保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

子宮頸がんの原因となるヒトパピローマウイルスは、主に性行為によって感染します。従って、性行為を始める前の年代でウイルス感染防止のワクチンを接種することが子宮頸がん予防に効果的です。

ワクチンの副反応については、これまでの使用経験から、注射した部分の強い痛みや腫れが生じることがありますが、全身的な反応としては重篤なものは報告されておらず、安全性は高いとされています。ただし、まれに痛みにより失神が現れることがありますので、安全のために極力保護者の方の同伴をお願いしたいと思います。

やむを得ず保護者の方の同伴ができない場合は、この予診票に添付されている説明をよく読み、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下さい。接種させることを決定した場合は、保護者自署欄に署名してください。**(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、自署欄に記載する必要はありません。

子宮頸がん予防ワクチン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健康被害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、本様式は、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、本様式が北九州市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

※本様式は、中学1年生(13歳相当)～高校1年生(16歳相当)に相当する年齢の者を対象として実施する子宮頸がん予防ワクチンの予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。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と本様式を提出させるようにしてください。

予診票と本様式に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

※保護者の署名は、上記の署名欄と、「子宮頸がん予防ワクチン予防接種予診票」中の保護者自署部分の、2ヶ所必要です。

予防接種に持っていくもの

- ・ 本様式 (予診票)
- ・ 母子健康手帳(なければ健康保険証など年齢がわかるものをご持参ください)