

市提出用

ヒトパピローマウイルス感染症（経過措置）予防接種予診票

対象年齢：1997（平成9）年度から2008（平成20）年度に生まれた女子

松戸市

診察前の体温 度 分

| | | | | |
|------|---------|--------------|------------|----|
| 接種回数 | サーバリックス | ： 1回【 年 月 日】 | 2回【 年 月 日】 | 3回 |
| | ガーダシル | ： 1回【 年 月 日】 | 2回【 年 月 日】 | 3回 |
| | シルガード | ： 1回【 年 月 日】 | 2回【 年 月 日】 | 3回 |

2022（令和4）年4月1日から2025（令和7）年3月31日までに1回も受けていない場合は対象外（全額自己負担）です。

| | | | | |
|---------|-----|--|----------|----------|
| 住所 | 松戸市 | | TEL | |
| 予防接種番号 | | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| ふりがな | | | (満 歳 か月) | |
| 受ける人の氏名 | | | 保護者氏名 | |

該当箇所に○をつけてください

| | |
|---|--------|
| 特例措置対象者に該当しない方法での接種が発覚した場合は、全額実費を徴収します。 | 了解しました |
| 接種日時時点で松戸市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります | |

| 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 | |
| 今日 体に具合の悪いところがありますか | はい | いいえ | |
| 具体的な症状を書いてください () | | | |
| 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 | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか | はい | いいえ | |
| 予防接種を受けた日と種類 (月 日 :) | | | |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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 | はい | いいえ | |
| 病名 () | | | |
| 【"はい"と回答した場合】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 | いいえ | はい | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか | いいえ | はい | |
| 薬や食品で皮膚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 | 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 | |
| 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 | はい | いいえ | |
| (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。 | | | |
| 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 実施できる・見合わせたほうがよい（理由： () 本人又は保護者に対して、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、説明をしました。 | 医師の自筆署名（又は記名押印） |
|-------|--|-----------------|

| | | |
|---------------|--|-------------------------------|
| 本人又は保護者記入欄 | 市町村から配布されている「ヒトパピローマウイルス感染症の予防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予防接種健康被害救済制度などについて理解し、さらに、接種者本人又はあなたのお子さんの病歴・健康状態・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か 同意します ・ 同意しません ※どちらかを○で囲んでください なお、本説明書が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及び本予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、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（接種を受ける者が16歳以上の場合は本人）の自筆署名 |
| 緊急の連絡先（接種者以外） | | 接種者との続柄： |

| | | |
|------------|----------------|----------------------|
| 使用ワクチン | 接種量 | 実施場所・医師名・接種（見合わせ）年月日 |
| ワクチン名 | 筋肉内接種 0.5mL | 実施場所： |
| Lot No. | | 医師名： |
| 有効期限 年 月 日 | | 接種（見合わせ）年月日：西暦 年 月 日 |

キリトリ線

医療機関控用

ヒトパピローマウイルス感染症（キャッチアップ）予防接種

被接種者氏名 () 生年月日 年 月 日

住所 松戸市

TEL

接種（見合わせ）年月日

年 月 日

使用ワクチン名

Lot No.