

栃木県内相互乗り入れ用

母子健康手帳記載

済・未

子宮頸がん予防接種 予診票

該当箇所を○で囲んでください。(保護者が同伴しない場合は裏面の同意書にも記載願います。)

接種回数	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	診察前の体温	度	分
住所				
フリガナ	※市町から通知されている場合は記載 住民番号		市・町	男・女
受ける人の氏名			生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月)
保護者の名前	電話 ()			

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要などころに記入してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について市町から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
2 接種を受けられる方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があったと言われたことがありますか	あった	なかった	
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()	はい	いいえ	
4 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	
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
7 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、医師の診療を受けていますか 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よいといわれましたか	はい	いいえ	
8 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	
その時に熱が出ましたか	はい	いいえ	
9 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	ある	ない	
10 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	
11 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 予防接種の種類()	ある	ない	
12 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	
13 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) 妊婦及び授乳婦に対する有効性及び安全性は確立されていません。	はい	いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄

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 ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び健康被害の救済制度について、説明しました。

医師署名又は記名押印

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。このことを理解の上、本予診票が市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	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(筋肉内接種) 0.5ml	医療機関 所在地 名称
(注) 有効期限がきれていないか確認	接種部位 左・右 上腕三角筋部	医師名
		接種年月日 令和 年 月 日

子宮頸がん予防接種同意書（保護者が同伴しない場合）

子宮頸がん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予防接種救済制度など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 _____

緊急連絡先 _____