栃オ	下市役	:所
	臨時	

1100/		(3	宫頸	百がる	(,)	回目			ワクチン選択(いずれかに✔を入れてください。)							
HPV			方接種							2価 サーバリッ		」 41 」 _{ガータ}		9価 シルガード9		
/>/	栃木	市			町											
住 所																
予防接種番号	小1女1 9	EUVC	таш ал	C 497 7 3	水干 函	2 200 3	(7 D IQ.	-07]	少水的	診察前の体温					
											お 余 刊 の 1 平 血			度	分	
フリガナ												T +				
										4-	44777	平成	年		月	
受ける人の氏名										女	生年月日					
												(〔満	歳	か月)	
保護者の氏名											電話番号					
	※被排	妾種者	が満 l	6歳以		易合は	記載不	要です	•							
				質	問		事	項						答欄	医師記入欄	
今日受ける予防接続			-				書を読。	みました	こか。				はい	いいえ		
今日体に具合の悪				か。い‐	つから	?() はい	いいえ		
具体的な症状を)			
最近1か月以内に乳 病名・治った日(かかり	ました	か`。									、はい	いいえ		
		巫江士	1 + 4.)			
か月以内に予防技			したか	0									1+1 >			
予防接種の種類 ・	•(1-)	•			`	+±	4番口 /	(п		п١	はい	いいえ		
種類(生まれてから今まで	バー生コ	- 田田	告 、い	供 取	世に		(種日)		クキ	その4		日)				
医師の診察を受け			市、(人))殿、月 /	1/EX.、/17 /	顺、 加凶个	中作、万	七/文/113	土址、	-(0)	JOJ1内 X(1〜り、	,··)、	はい	いいえ		
病名(, ,, ,)	V V /L		
その病気を診ても	らって	いる医	師に	今日の	予防‡	き種を き	受けて	よいとい	いわれ	しました	か。		<i></i> はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん							~ , , ,	歳		か月			はい	いいえ		
そのとき熱が出ま													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	人体の	具合が	が悪くな	なったこ	とがる	ありまっ	<u></u> すか。		はい	いいえ		
予防接種を受けて	具合が	悪くな	ったこ	とはあ	ります	か。							+ 7	<i>t</i> > 1 >		
予防接種の種類) ある	ない		
近親者に先天性免	疫不全	と診断	折されて	ている	方はい	ますか	· o						はい	いいえ		
近親者に予防接種	を受け	て具合	か悪の	くなった	と人は	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	なり遁	組てい	いるなと	ご) はあ	らります	か。				はい	いいえ		
(注意)妊娠してい		***				更です。	1							, _		
今日の予防接種に	ついて	質問か	ヾありま	すか。									はい	いいえ		
医師記入欄	۸ نام		۸	7 nl 1	+ <i>1</i> = 1.	·					• (a (,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
以上の問診及び記 保護者(接種を受														お文生 帝 に	ついて	
保護者(接種を支 説明しました。	りる日	仏./回Ⅰ	の成り	(T0))	勿口は	4八)	(CX) C	((1))	刀女性	臣 レノメル:	木、町及心及	0.1、19.14	性健康似古	以併削反に	J(· (,	
記切しました。																
									Г	左師罗	名又は記名打	#I EN				
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	反応の可					度などについ	て理解した	:上で、	
接種することに(_										
この予診票は、予	防接種	の安全	と性の	確保を	目的と	こしてい	ます。									
このことを理解の。	上、本于	予診票	が市に	提出	される	ことに同	司意し	ます。								
								保	護者	又は被	接種者自署					
					(※被接	接種者	が16歳 <u></u>	未満	の場合	合は保護者自	署)				

使用ワクチン名	接種量	実施場所·医師名	接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(筋肉内接種) 0.5 ml		令和 年 月 日 ※(例) 3月に接種した場合、「03」と記入してください。

<保護者が同伴する場合、または接種する方が満16歳以上の場合>

栃	木市役所	١
	臨時	

		(子	宁巡	百分ご	4.)	000				ワクチン選択(いずれかにしを入れてください。)							
HPV		予防			•	2回目				2価 4価 9価 シルガード9							
	栃木	市			町	-						-					
住 所		•			_				_								
	※接種	日に、転	:出ま <i>†</i>	とは対	象年齢	を過ぎ	ている	場合は	、この子	診票は	使用できません	٥,					
予防接種番号											診察前の体温			度	分		
フリガナ												T 12	1				
5.1.7.1 A										女	生年月日	平成	年		月		
受ける人の氏名												(満	歳	か月)		
												`			, , ,		
保護者の氏名	※被接	電話番号 ※被接種者が満16歳以上の場合は記載不要です。															
	小汉政	作 4		り 成の	問		事	項					回:	答欄	医師記入欄		
今日受ける予防接続	種につい	ヽて、市	から	記られ	ている	説明:	書を読	ふまし	たか。				はい	いいえ			
これまでに接種した	日付を	記入し	、ワク	チンの	つ種類	をつて	"囲ん"	でくださ	٤١١،								
(注意)保護者又										めてく	ださい。						
											と記入して	ください。					
回目接種日(,,,,	年		月		日)		1007 (1	Mg · -	. ,,,,							
ワクチン名(サ	ーバリッ	-		. •	ーダミ			/ シル	/ガーI	×9 [91	西】)						
今日体に具合の悪								7			- /)					
具体的な症状を)	はい	いいえ			
最近1か月以内にタ	病気にか	かりま	したフ	<i>ه</i> `ه									はい	いいえ			
病名・治った日()	131,	いいえ			
か月以内に予防	妾種を受	けまし	たか。	0									はい	いいえ			
予防接種の種類	()	接種	日(月	日)	V& V	V V /L			
生まれてから今まて					臓、肝	臓、脳	神経、	免疫不	全症、	その他	の病気にかか	いり、	はい	いいえ			
医師の診察を受け	-)					
その病気を診ても			•				受けて		いわれ				はい	いいえ			
ひきつけ(けいれん	- 		とがま	らりまっ	すか。	(歳		か月	頃)		はい	いいえ			
そのとき熱が出ま 薬や食品で皮膚に			/ 48	`ப் <i>+</i> _ (1 1+ 1	日ム	よご 亜ノ	+> - +-	マレム	t 11 t -	± 4.		はい	いいえ			
予防接種を受けて							か悪く	なつに	C Z D	めりま	9 7)`。		191,	いいえ			
予防接種を受けて		さくなつ	750	C (4 (4)	ソエリ	IJ.º)	ある	ない			
近親者に先天性免	. `	と診断・	されて	ている	方はい	きすか	<u> </u>						はい	いいえ			
近親者に予防接種													はい	いいえ			
現在妊娠している。							-	ありまっ	すか。								
(注意)妊娠して					-		•		-				はい	いいえ			
今日の予防接種に	ついて質	質問がる	ありま	すか。)								はい	いいえ			
医師記入欄													1				
以上の問診及び診	多察の結	果、今	日の	予防护	妾種は	(実	施でき	る・.	見合れ	せたた	がよい) と#	削断します。					
保護者(接種を受	ける者が	バ満16	歳以	上のナ	場合は	本人)	に対し	して、予	防接種	重の効	果、副反応及	び予防接種	健康被害病	改済制度に	ついて、		
説明しました。																	
										医自	雨署名又は記	名押印					
医師の診察・説明							-						などについ	て理解した	上 <u>で、</u>		
接種することに(ごちらた	かを〇つ	で囲んでくださ	۲۰۰					
この予診票は、予								_									
このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。																	
						/ 、・ / 2上 1	ウィニュ	•			接種者自署	四)					
						、※被	按種者	か16	成禾活	り場合	合は保護者自	者)					
				+ E										+			

使用ワクチン名	接種量	実施場所·医師名	接種年月日
ワクチン名	(筋肉内接種)		
Lot No.	0.5 _{ml}		令和□□年□□月□□日
(注)有効期限が切れていないか要確認			※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。

110, 4	·	(7	空◎	頁が!	$[\cdot,\cdot]$		<u> </u>	. —		ワクチン選択 (いずれかに とを入れてください。)							
HPV		-		10 7 直予診	-		3回	目			2価 _{サーバリッ}						
	护士	士			<u>п</u> т										- · <u> </u>		
住 所	栃木	•			町												
	※接種	日に、転	出ま <i>f</i>	たは対類	象年齢	を過ぎ	ている場	易合は、こ	の予	診票は	使用できません	ί. •					
予防接種番号											診察前の体温				度	Ź	
フリガナ												- 1		\Box_{L}			
受ける人の氏名										女	生年月日	平成		1		月	
													(清	莇	歳	か月)	
保護者の氏名	*\ <u>}</u>	1 + + 1	»\++ ı	/ 1 E 1.1	ا م ا	日人山	.2-1 ±1 -7	· == ~·			電話番号						
	※ 被接	種有の		6成以 質	上の項問	易合は	記載个 事	·要です。 項					I	回:	答欄	医師記入欄	
今日受ける予防接続	種につい	いて市				10000000000000000000000000000000000000			<i>ا</i> ر					はい	いいえ		
これまでに接種した														,,,,	, _		
(注意) 保護者又										めてく	ださい。						
			-								と記入して	ください	۸۵				
回目接種日(,,,,	年		月		日)		DO CING		4.3		,,,,,					
ワクチン名(サ・	ーバリッ	-	2価】	/ ガ	ーダシ			シルガ	-	÷9 [91	西】)						
2回目接種日(, ,	年	2	月		日)	•		•		-						
ワクチン名(サ・	ーバリッ	クス【2	2価】	/ ガ	ーダシ	ル[4	-価】 /	シルガ	- F	÷9 [91	西】)						
今日体に具合の悪	いところ	があり	ますた	か。具ん	本的な	症状・	いつか	·6?()	はい	いいえ		
最近1か月以内に症	病気にか	いかりま	したフ	か。病	名・治	ったE	3 ()	はい	いいえ		
l か月以内に予防技	妾種を受	とけまし	たか。	0										1+1.	11113		
予防接種の種類	()接	種	日(月	日)		はい	いいえ		
生まれてから今まて	"に先天	性異常	1、心服	蔵、腎原	蔵、肝原	蔵、脳	神経、角	免疫不全	症、	その他	の病気にかた	5^り、		はい	いいえ		
医師の診察を受けて	ています	゚゙ゕ゚゚。	病名	G ()	1911.	V.V.Z		
その病気を診ても							受けて。	よいとい	われ	にました	:か`。			はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)をおこ	したこと	とがま	ちります	⁻ か。	(歳		か月	頃)			はい	いいえ		
そのとき熱が出ま														はい	いいえ		
薬や食品で皮膚に							が悪くな	よったこと	こが	ありまっ	すか。			はい	いいえ		
予防接種を受けて具	具合が思	悪くなっ	たこと	とはあ	ります	か`。								ある	ない		
予防接種の種類	` `)				
近親者に先天性免					_		-							はい	いいえ		
近親者に予防接種														はい	いいえ		
現在妊娠している可	•		• , -		•		と)はあ	りますか	`0					はい	いいえ		
(注意)妊娠している						0								1415	11112		
今日の予防接種に	ついて質	負問かる	めりま	すか。										はい	いいえ		
医師記入欄 以上の問診及び診	変変の組	生里 今	·日の·	予防お	を種け	(宝丸	布できる	5 . 目 :	≙h	せたさ	「がよい)と半	削紙1.丰	す				
保護者(接種を受											•			康被害排	汝済制度に	ついて、	
説明しました。	,	, .			~	,,			•	_ ,,,	111 110 110 110 110 110 110 110 110 110	- 3	A		7477 11472		
										医色	市署名又は記	名押印					
医師の診察・説明	を受け、	予防接	接種の	効果	や目的	、重篤	な副反	応の可	能性				別度な	どについ	て理解した	:上で、	
接種することに(同意しま	ます・	同意	しませ	ん)。	※か	っこのい	中のどち	らか	^を 〇‐	で囲んでくださ	さい。					
この予診票は、予	防接種の	の安全は	性の研	確保を	目的と	こしてい	ます。										
このことを理解の」	このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。																
保護者又は被接種者自署																	
					(※被排	妾種者 #	が16歳:	未満	あ場合	合は保護者自	署)					

使用ワクチン名	接種量	実施場所·医師名	接種年月日
ワクチン名	(筋肉内接種)		
Lot No.	0.5 _{ml}		令和 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか要確認			※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。