

対象 小学校6年生から高校1年生相当の女子
 <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

臨時

HPV (子宮頸がん) 予防接種予診票	1回目	ワクチン選択 (いずれかに✓を入れてください。)		
		<input type="checkbox"/> 2価 サーバリックス	<input type="checkbox"/> 4価 ガーダシル	<input type="checkbox"/> 9価 シルガード9
住所	栃木市 町			
※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。				
予防接種番号			診察前の体温	度 分
フリガナ			女	生年月日 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 (満 歳 か月)
受ける人の氏名				
保護者の氏名	※被接種者が満16歳以上の場合は記載不要です。		電話番号	
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、市から配られている説明書を読みましたか。			はい	いいえ
今日体に具合の悪いところがありますか。いつから?(具体的な症状を書いてください。)			はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名・治った日()			はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類・いつ? 種類() 接種日(月 日)			はい	いいえ
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。 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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)			はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか。			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がありますか。			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。 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されている方はいますか。			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。 (注意)妊娠している方への接種には、注意が必要です。			はい	いいえ
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・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人)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、 説明しました。 医師署名又は記名押印				
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)。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)				

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.	(筋肉内接種) 0.5ml		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 ※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。
(注)有効期限が切れていないか要確認			

対象 小学校6年生から高校1年生相当の女子
 <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

臨時

HPV (子宮頸がん) 予防接種予診票	2回目	ワクチン選択 (いずれかに✓を入れてください。)		
		<input type="checkbox"/> 2価 サーバリックス	<input type="checkbox"/> 4価 ガーダシル	<input type="checkbox"/> 9価 シルガード9
住所	栃木市 町 ※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。			
予防接種番号				診察前の体温
フリガナ				度 分
受ける人の氏名	女	生年月日	平成	年 月 日
			(満 歳 か月)	
保護者の氏名	電話番号		※被接種者が満16歳以上の場合は記載不要です。	
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、市から配られている説明書を読みましたか。			はい	いいえ
これまでに接種した日付を記入し、ワクチンの種類を○で囲んでください。 (注意) 保護者又は被接種者・医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。 記録が得られず、分からない場合には医師が医師記入欄に「不明」と記入してください。 1回目接種日(年 月 日) ワクチン名(サーバリックス【2価】 / ガーダシル【4価】 / シルガード9【9価】)				
今日体に具合の悪いところがありますか。いつから?() 具体的な症状を書いてください。()			はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名・治った日()			はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか。 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。 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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)			はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか。			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がありますか。			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。 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されている方はいますか。			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。 (注意) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。			はい	いいえ
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・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人)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、説明しました。 医師署名又は記名押印				
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)。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)				

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.	(筋肉内接種) 0.5ml		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。

対象 小学校6年生から高校1年生相当の女子
 <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

臨時

HPV	(子宮頸がん) 予防接種予診票	3回目	ワクチン選択 (いずれかに✓を入れてください。)		
			<input type="checkbox"/> 2価 サーバリックス	<input type="checkbox"/> 4価 ガーダシル	<input type="checkbox"/> 9価 シルガード9
住所	栃木市 町 ※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。				
予防接種番号					診察前の体温
フリガナ					度 分
受ける人の氏名		女	生年月日	平成	年 月 日
				(満 歳 か月)	
保護者の氏名	※被接種者が満16歳以上の場合は記載不要です。			電話番号	
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、市から配られている説明書を読みましたか。				はい	いいえ
これまでに接種した日付を記入し、ワクチンの種類を○で囲んでください。 (注意) 保護者又は被接種者・医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。 記録が得られず、分からない場合には医師が医師記入欄に「不明」と記入してください。 1回目接種日(年 月 日) ワクチン名(サーバリックス【2価】 / ガーダシル【4価】 / シルガード9【9価】) 2回目接種日(年 月 日) ワクチン名(サーバリックス【2価】 / ガーダシル【4価】 / シルガード9【9価】)					
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状・いつから?()				はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名・治った日()				はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか。 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。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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)				はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか。				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がありますか。				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。 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されている方はいますか。				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。 (注意) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。				はい	いいえ
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・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人)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、説明しました。 医師署名又は記名押印					
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)。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)					

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.	(筋肉内接種) 0.5ml		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。