

子宮頸がん予防ワクチン予診票

接種回数(○で囲む) 前回の日付記入	1回目 (/)	2回目 (/)	3回目 (/)	診察前体温	度	分
受ける人の住所	帯広市					
受ける人の 氏 名	ふりがな			生年月日	平成 年 月 日	
					満 歳 カ月	
保護者氏名				電話番号		

質 問 事 項	回 答 欄		備考欄
今日受ける予防接種について、帯広市の説明書を読みましたか（必ず読んでください）	はい	いいえ	
今日、具合の悪いところや、1ヵ月以内にかかった病気はありますか 今日の体調 () 1ヶ月以内にかかった病名 () いつから ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 月 日 接種 予防接種名 麻しん風しん インフルエンザ その他 ()	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、血液、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言われましたか	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 () 歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか () °Cくらい	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	
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 () いつ頃 ()	ある	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	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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか ()	はい	いいえ	

<保護者記入欄（必須）>

接種前に説明書を必ず読んで、予防接種の効果や目的、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知っておいてください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的として、帯広市に提出されます。

これらに同意のうえ、医師の診察で予防接種を受けてよいと診察されたら、接種を希望しますか（事前に○をつけてください）

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

保護者名または同伴者名（自署） 続柄

※働いている人または既婚者が接種を受ける場合は、本人のお名前をご記入ください。

緊急時連絡先（必ず連絡のつく方の電話番号をご記入ください） 氏名 電話番号

<医師記入欄>

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は（ 実施できる ・ 見合わせた方がよい ）と判断します。

医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名(グラクソ・MSD)	筋肉内接種 上腕三角筋部 (右 ・ 左)	実施場所
Lot No.	0.5ml	医師名 接種年月日 平成 年 月 日