

9価ワクチンを接種する場合の記載方法について

「接種回数」の書き方：初回から9価ワクチン（シルガード9）を接種する場合

サーバリックスとガーダシルを二重線で消し、「シルガード9」と記載し〇で囲ってください。

記載例：「初回からシルガード9を接種する場合の初回接種」

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票																																																																																																																																															
対象年齢：12歳になる年度初日から 16歳になる年度末日までの女子（小学6年～高校1年相当）																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">成田市</td> <td style="width: 15%;">受診日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;">診察前の体温</td> <td style="width: 15%;">度 分</td> </tr> <tr> <td>接種回数</td> <td>サーバリックス</td> <td>初回</td> <td>2回目</td> <td>3回目</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ガーダシル</td> <td>初回</td> <td>2回目</td> <td>3回目</td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td>番 号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>予防接種を受ける子の 氏名</td> <td colspan="5">(男・女)</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="5">成田市</td> </tr> <tr> <td>保護者の氏名</td> <td></td> <td>電話番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						成田市	受診日	年 月 日	診察前の体温	度 分	接種回数	サーバリックス	初回	2回目	3回目		ガーダシル	初回	2回目	3回目	ふりがな		番 号				予防接種を受ける子の 氏名	(男・女)					住 所	成田市					保護者の氏名		電話番号																																																																																																						
成田市	受診日	年 月 日	診察前の体温	度 分																																																																																																																																											
接種回数	サーバリックス	初回	2回目	3回目																																																																																																																																											
	ガーダシル	初回	2回目	3回目																																																																																																																																											
ふりがな		番 号																																																																																																																																													
予防接種を受ける子の 氏名	(男・女)																																																																																																																																														
住 所	成田市																																																																																																																																														
保護者の氏名		電話番号																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">質問事項</th> <th colspan="2">回答欄</th> <th colspan="2">医師記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">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</td> <td>いいえ</td> <td>はい</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">今日 体に具合の悪いところがありますか</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">具体的な症状を書いてください()</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類(月 日 :)</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">生まれてから今まで先天性異常、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()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">【“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でよいといわれましたか</td> <td>いいえ</td> <td>はい</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">そのとき熱が出ましたか</td> <td>いいえ</td> <td>はい</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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りことがありますか ()歳頃 薬品・食品名() 症状()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったりことはありますか 予防接種の種類()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったり人はいますか</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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)妊娠している方への接種には注意が必要です。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">今日の予防接種について質問がありますか 質問()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding: 5px;"> <p>医師記入欄</p> <p>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)と判断します。 見合わせた場合の理由()</p> <p>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。</p> <p>医師の自筆署名又は記名押印 _____</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding: 5px;"> <p>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、さらに、あなたの子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、お子さんに接種をさせることに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※ カッコの中のどちらかを〇で囲んでください。</p> <p>なお、本説明書が保護者の方に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。</p> <p>保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)の自筆署名 _____</p> <p>住所 _____ 緊急の連絡先 _____</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>使用ワクチン名</th> <th>接種量</th> <th colspan="4">実施場所・医師名・接種年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワクチン名</td> <td>筋肉内接種</td> <td>実施場所:</td> <td colspan="3">医師名:</td> </tr> <tr> <td>Lot No.</td> <td>0.5 mL</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> <td>接種年月日:</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody></table>						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ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()		はい	いいえ			1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類(月 日 :)		はい	いいえ			生まれてから今まで先天性異常、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			【“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で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			薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりことがありますか ()歳頃 薬品・食品名() 症状()		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りことはありますか 予防接種の種類()		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り人はいますか		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)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 質問()		はい	いいえ			<p>医師記入欄</p> <p>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)と判断します。 見合わせた場合の理由()</p> <p>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。</p> <p>医師の自筆署名又は記名押印 _____</p>						<p>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、さらに、あなたの子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、お子さんに接種をさせることに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※ カッコの中のどちらかを〇で囲んでください。</p> <p>なお、本説明書が保護者の方に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。</p> <p>保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)の自筆署名 _____</p> <p>住所 _____ 緊急の連絡先 _____</p>						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>使用ワクチン名</th> <th>接種量</th> <th colspan="4">実施場所・医師名・接種年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワクチン名</td> <td>筋肉内接種</td> <td>実施場所:</td> <td colspan="3">医師名:</td> </tr> <tr> <td>Lot No.</td> <td>0.5 mL</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> <td>接種年月日:</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>						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	実施場所:	医師名:			Lot No.	0.5 mL					有効期限	年 月 日	接種年月日:	年 月 日		
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ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()		はい	いいえ																																																																																																																																												
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類(月 日 :)		はい	いいえ																																																																																																																																												
生まれてから今まで先天性異常、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																																																																																																																																												
【“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で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																																																																																																																																												
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりことがありますか ()歳頃 薬品・食品名() 症状()		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りことはありますか 予防接種の種類()		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り人はいますか		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)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 質問()		はい	いいえ																																																																																																																																												
<p>医師記入欄</p> <p>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)と判断します。 見合わせた場合の理由()</p> <p>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。</p> <p>医師の自筆署名又は記名押印 _____</p>																																																																																																																																															
<p>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、さらに、あなたの子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、お子さんに接種をさせることに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※ カッコの中のどちらかを〇で囲んでください。</p> <p>なお、本説明書が保護者の方に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。</p> <p>保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)の自筆署名 _____</p> <p>住所 _____ 緊急の連絡先 _____</p>																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>使用ワクチン名</th> <th>接種量</th> <th colspan="4">実施場所・医師名・接種年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワクチン名</td> <td>筋肉内接種</td> <td>実施場所:</td> <td colspan="3">医師名:</td> </tr> <tr> <td>Lot No.</td> <td>0.5 mL</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> <td>接種年月日:</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>						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	実施場所:	医師名:			Lot No.	0.5 mL					有効期限	年 月 日	接種年月日:	年 月 日																																																																																																																				
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	実施場所:	医師名:																																																																																																																																												
Lot No.	0.5 mL																																																																																																																																														
有効期限	年 月 日	接種年月日:	年 月 日																																																																																																																																												

9価ワクチンを接種する場合の記載方法について

「接種回数」の書き方：2価・4価ワクチンと9価ワクチン（シルガード9）を交互接種する場合

使用していない種類を二重線で消し、代わりに空きスペースに「シルガード9」と記載し○で囲ってください。

例：「初回と2回目はガーダシル、3回目のみ交互接種でシルガード9を選択した場合の3回目の接種」

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票					
対象年齢：12歳になる年度初日から 16歳になる年度末日までの女子（小学6年～高校1年相当）					
成田市	受診日	年 月 日	診察前の体温	度 分	
接種回数	シルガード	初回	2回目	3回目	
	ガーダシル	初回	2回目	3回目	
ふりがな		番号			
予防接種を受ける子の 氏名		生年月日 (男・女)			
住 所	成田市		電話番号		
保護者の氏名					
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 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 ()			はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (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	
【“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よといわれましたか			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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつたことがありますか () 歳頃 薬品・食品名 () 症状 ()			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つたことはありますか 予防接種の種類 ()			はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか			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) 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 質問 ()			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・見合せたほうがよい ）と判断します。 見合せた場合の理由 ()					
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					
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、さらに、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、お子さんに接種されることに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※カッコの中のどちらかを ○ で囲んでください。 なお、本説明書が保護者の方に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（接種を受ける者が既婚者の場合は本人）の自筆署名 _____					
住所 _____ 緊急の連絡先 _____					
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 0.5 mL	実施場所 :	医師名 :	
Lot No.			接種年月日 :	年 月 日	
有効期限		年 月 日			

9価ワクチンを接種する場合の記載方法について

「接種回数」の書き方：初回から9価ワクチン（シルガード9）を接種する場合

サーバリックスとガーダシルを二重線で消し、「シルガード9」と記載し〇で囲ってください。

例：「初回からシルガード9を接種する場合の初回接種」

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票					
対象年齢：・12歳になる年度初日から16歳になる年度末までの女子(小学校6年生～高校1年生相当。) ・平成9年度生まれ～平成17年度生まれ(1997年4月2日～2006年4月1日)の女性で過去にHPVワクチンの接種を合計3回受けていない。					
成田市	受診日	年 月 日	診察前の体温	度	分
接種回数	サーバリックス ガーダシル	初回	2回目 2回目	3回目 3回目	
ふりがな			受診番号		
予防接種を受ける子の 氏名		(男・女)			
住 所	成田市				
保護者の氏名※			電話番号		
※ 接種を受ける人が満16歳以上の場合は、当該部分への記載は必要ありません。					
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	
今回の接種は何回目ですか			1回目	2回目	3回目
これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください。(2回目以降の場合) (注1)ワクチンの種類は、①サーバリックス(2価)②ガーダシル(4価)③その他 のうちから、下段の①～③のいずれかを〇で囲んでください。 (注2)保護者または被接種者・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、わからない場合には医師が「不明」を記入してください。			1回目	年 月 日	①／②／③
			2回目	年 月 日	①／②／③
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	
最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()			はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類(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	
【“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() 症状()			はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか			いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりことがありますか () 症状 薬品・食品名() 症状()			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りことはありますか 予防接種の種類()			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り人はいますか			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)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 質問()			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・見合せたほうがよい)と判断します。 見合せた場合の理由() 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診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					
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、並第の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上で、接種する ことに(同意します ・ 同意しません)※カッコの中のどちらかを〇で囲んでください。 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、本予診票が市町村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) 住所 緊急の連絡先					
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		管内接種	実施場所:	医師名:	
Lot No.		0.5 ml.	接種年月日:	年 月 日	
有効期限	年 月 日				

9価ワクチンを接種する場合の記載方法について

「接種回数」の書き方：2価・4価ワクチンと9価ワクチン（シルガード9）を交互接種する場合

使用していない種類を二重線で消し、代わりに空きスペースに「シルガード9」と記載し〇で囲ってください。

例：「初回をサーバリックス、2回目と3回目を交互接種でシルガード9を選択した場合の2回目の接種」

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票					
対象年齢：・12歳になる年度初日から16歳になる年度末までの女子（小学校6年生～高校1年生相当。） ・平成9年度生まれ～平成17年度生まれ（1997年4月2日～2006年4月1日）の女性で過去にHPVワクチンの接種を合計3回受けていない。					
成田市		受診日	年 月 日	診療前の体温	度 分
接種回数	サーバリックス	初回	2回目	3回目	
シルガード9	ガーダシル	初回	1回目	3回目	
ふりがな			受診番号		
予防接種を受ける子の 氏名			性別		
住 所	成田市		受診番号		
保護者の氏名※			電話番号		
※ 接種を受ける人が満16歳以上の場合は、当該部分への記載は必要ありません。					
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	
今回の接種は何回目ですか。			1回目	2回目	3回目
これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください。（2回目以降の場合） (注)1)ワクチンの種類は、①サーバリックス（2価）②ガーダシル（4価）③その他 のうらから、下段の①～③のいずれかを〇で囲んでください。 (注)2)保護者または被接種者・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、わからない場合には医師が「不明」を記入してください。			1回目	年 月 日	
			① / ② / ③		
			2回目	年 月 日	
			① / ② / 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	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）			はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類（ 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	
【“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	
糞や食品で皮膚に蕩移やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりことがありますか ()歳頃 蕷品・食品名（ ）症状（ ）			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りことがありますか 予防接種の種類（ ）			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)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 質問（ ）			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 ）と判断します。 見合わせた場合の理由（ ） 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、説明をしました。					
医師の自署又は記名押印					
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上で、接種することに（ 同意します ）・（ 同意しません ）※カッコの中のどちらかを〇で囲んでください。 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、本予診票が市町村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）		
住所 _____			緊急の連絡先 _____		
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			実施場所：	医師名：	
Lot No.		筋肉内接種			
有効期限	年　月　日	0.5 mL	接種年月日：	年　月　日	