

男性のヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住	所						
受ける人の氏名		生年 月日	平成		年	月	日生
保護者の氏名※			(満		歳	ヵ月)	

※ 接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、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。	はい	いいえ	
今回の接種は何回目ですか。	1 回目	2 回目	3 回目
これまでにガーダシル（4 価）ワクチンを接種した日付を記入してください。 （2 回目以降の場合）	1 回目	年 月 日	
（注）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。	2 回目	年 月 日	
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。（ ）	いいえ	はい	
最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ）	いいえ	はい	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
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（ ）	いいえ	はい	
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。（ ）歳頃	いいえ	はい	
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でたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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、副反応及び医薬品医療 機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。 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○で囲ってください。
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）

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	実施場所
	0.5 ml	医師名
（注）有効期限がきれていないか確認		接種年月日 令和 年 月 日