

9価HPVワクチン(シルガード®9) 接種予診票

任意接種用

接種を希望される方へ:太枠内□の箇所にもれなくご記入ください

接種回数	2回接種を希望 ・ 3回接種を希望 ※2回接種は9歳以上15歳未満のみ可能		診察前の体温	度 分
	1回目(/)・2回目(/)・3回目(/)			
住所	〒 -		電話番号	() -
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名		生年月日	年 月 日生
保護者の氏名 (接種を受ける人が 未成年(18歳未満)の場合)				(満 歳 カ月)

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の説明文(『9価HPVワクチン(シルガード®9)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか。	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()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 ○具体的な病名()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 ○予防接種名()	はい	いいえ	
これまでに他のHPVワクチンの接種を受けたことがありますか。 「はい」の場合、何回接種したか、最後に接種した日付を記入し、該当するワクチンの種類に○をつけてください。 ○接種回数と時期(回、 年 月 日) ①サーバリックス®(2価) ②ガーダシル®(4価) ③不明	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気)にかかり医師の診断を受けていますか。 ○具体的な病名() ○主治医のコメント()	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	
○その時に熱は出ましたか。	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はありますか。 ○薬・食品名()	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ことはありますか。 ○予防接種名()	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方はいますか。	はい	いいえ	
今日の予防接種についての質問がありますか。	はい	いいえ	
以下は、女性の方にお伺いします。			
現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。	はい	いいえ	
現在、授乳をしていますか。	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診および診察の結果、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。 接種を受ける本人(またはその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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しました。 医師の署名または記名押印()

本人および保護者 記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。 以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。(はい ・ いいえ) 本人の署名() 保護者の署名() (接種を受ける人が未成年(18歳未満)の場合)

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
名称:組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(酵母由来) シルガード®9水性懸濁筋注シリンジ メーカー名:MSD株式会社 製造番号:	筋肉内接種、0.5mL 接種部位: 上腕の三角筋部(右 ・ 左) 大腿前外側部 (右 ・ 左)	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日 時