

HPVワクチン(ガーダシル®) 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

接種回数	1回目(/)・2回目(/)・3回目(/)	診察前の体温	度	分
住所	〒	電話番号	()	—
(フリガナ) 接種を受ける人の 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳 カ月)
保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年の場合)				

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(『HPVワクチン(ガーダシル®)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○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。 ○接種回数と時期(回、1回目 / ・ 2回目 / ・ 3回目 /)	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 ○その時に熱は出ましたか。	はい いいえ 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	
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	
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	

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(またはその保護者)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(またはその保護者)の署名〔 〕

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4価ヒトパピローマ ウイルス様粒子ワクチン(酵母由来) <input type="checkbox"/> ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ <input type="checkbox"/> ガーダシル®水性懸濁筋注 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: 上腕三角筋部(右 ・ 左) 大腿四頭筋部(右 ・ 左)	医療機関名: 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時

備考欄

HPVワクチン(ガーダシル®) 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

接種回数	1回目(/)・2回目(/)・3回目(/)	診察前の体温	度	分
住所	〒	電話番号	()	—
(フリガナ) 接種を受ける人の 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳 カ月)
保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年の場合)				

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(『HPVワクチン(ガーダシル®)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○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。 ○接種回数と時期(回、1回目 / ・ 2回目 / ・ 3回目 /)	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 ○その時に熱は出ましたか。	はい いいえ 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	
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	
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	

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(またはその保護者)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(またはその保護者)の署名()

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4価ヒトパピローマ ウイルス様粒子ワクチン(酵母由来) <input type="checkbox"/> ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ <input type="checkbox"/> ガーダシル®水性懸濁筋注 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: 上腕三角筋部(右 ・ 左) 大腿四頭筋部(右 ・ 左)	医療機関名: 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時

備考欄

HPVワクチン(ガーダシル®) 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

接種回数	1回目(/)・2回目(/)・3回目(/)	診察前の体温	度	分
住所	〒	電話番号	()	—
(フリガナ) 接種を受ける人の 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳 カ月)
保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年の場合)				

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(『HPVワクチン(ガーダシル®)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○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。 ○接種回数と時期(回、1回目 / ・2回目 / ・3回目 /)	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 ○その時に熱は出ましたか。	はい いいえ 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	
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	
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	

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(またはその保護者)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(またはその保護者)の署名〔 〕

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4価ヒトパピローマ ウイルス様粒子ワクチン(酵母由来) <input type="checkbox"/> ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ <input type="checkbox"/> ガーダシル®水性懸濁筋注 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: 上腕三角筋部(右 ・ 左) 大腿四頭筋部(右 ・ 左)	医療機関名: 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時

備考欄