

|              |   |              |     |     |     |        |  |   |  |   |
|--------------|---|--------------|-----|-----|-----|--------|--|---|--|---|
| 今日の接種は何回目ですか |   |              | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 診察前の体温 |  | 度 |  | 分 |
| 住            | 所 | 石狩市          |     |     |     |        |  |   |  |   |
|              |   | 電話           |     |     |     |        |  |   |  |   |
| 受ける人の氏名      |   | 生 年 月 日      |     |     |     |        |  |   |  |   |
|              |   | 年 月 日生       |     |     |     |        |  |   |  |   |
| 保 護 者 氏 名 ※  |   | (接種時年齢 歳 か月) |     |     |     |        |  |   |  |   |

※ 受ける人が16歳以上の場合は保護者氏名への記載は必要ありません。

|                                                                                                                                                                                              |  |  |                                                        |     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|-----|-------|
| 質 問 項 目                                                                                                                                                                                      |  |  | 回 答 欄                                                  |     | 医師記入欄 |
| 今日受ける予防接種について裏面などの説明及び注意事項を読み、理解しましたか                                                                                                                                                        |  |  | いいえ                                                    | はい  |       |
| 今日が2回目以降の場合、これまでに接種した日付・接種時年齢<br>ワクチンの種類を記入してください<br><br>※ シルガード9(9価)は初回を14歳までに接種後、2回目を5ヶ月以上の間隔を<br>おいて接種すると2回で完了となります。<br><br>※ 保護者又は被接種者及び医師は、接種歴の確認に努めてください。<br>わからない場合は医師が「不明」と記入してください。 |  |  | 1回目 年 月 日 歳<br>シルガード9(9価) ガーダシル(4価)<br>サーバリックス(2価) その他 |     |       |
|                                                                                                                                                                                              |  |  | 2回目 年 月 日 歳<br>シルガード9(9価) ガーダシル(4価)<br>サーバリックス(2価) その他 |     |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状 ( )                                                                                                                                                             |  |  | はい                                                     | いいえ |       |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )                                                                                                                                                                 |  |  | はい                                                     | いいえ |       |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類 ( )                                                                                                                                                             |  |  | 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<br>にかかり、医師の診察を受けていますか<br>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 ( )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ことがありますか                                                                                                                                                      |  |  | 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<br>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<br>(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                                                                                                                                                                          |  |  | 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。<br>被接種者(15歳以下の場合には保護者)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。<br><br>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、予防接種健康被害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 】 ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください。

この予防票は、予防接種の安全性確保を目的としています。このことを理解の上、本予防票が石狩市に提出されることに同意します。  
(注) 接種を受ける人が15歳以下の場合には保護者の自署が必要です。  
(注) 接種を受ける人が13～15歳で保護者が同伴しない場合は、裏面の保護者同意書署名が必要です。

保護者又は接種を受ける人(16歳以上)の自署

|                                                                                                                                  |                                                                       |                    |   |   |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|---|---|-----|
| 使用ワクチン名                                                                                                                          | 接種量・方法                                                                | 実施場所・医師名・接種年月日     |   |   |     |
| <input type="checkbox"/> シルガード9(9価)<br><input type="checkbox"/> ガーダシル(4価)<br><input type="checkbox"/> サーバリックス(2価)<br><br>Lot No. | 筋肉内注射<br>0.5mL<br>接種部位:<br>上腕三角筋部<br>( 右 ・ 左 )<br>大腿四頭筋部<br>( 右 ・ 左 ) | 医療機関名<br><br>医 師 名 |   |   |     |
| 【注】有効期限が切れていないか確認                                                                                                                |                                                                       | 接種年月日              | 年 | 月 | 日 時 |