

※住民票が北九州市にある方専用です。また北九州市外で受けられる場合は事前申請が必要ながあります。詳しくはこちらから→



北九州市

ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)ワクチン接種予診票

下の太枠のすべての項目について、油性ボールペン(摩擦熱で消せるペン等は使用不可)であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。被接種者が16歳未満で、保護者が同伴できない場合は、裏面をご覧の上、必要事項を記入してください。

整理番号		今回 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
(ふりがな)	性別	診察前の体温 度 分	
受ける人の氏名	女	保護者の氏名※	
生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月)	電話 - -	
住所			
質問事項		回答欄	医師記入欄
この予診票に添付している「ヒトパピローマウイルス感染症ワクチンの接種について」を読みましたか		はい いいえ	
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シルガード(9価)のうちから、下段の①から③のいずれかを○で囲んでください。 (注2)保護者又は被接種者・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医師記入欄に「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	
今日接種するワクチンはどの種類のワクチンですか (注)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シルガード(9価)のうち、いずれか1つを○で囲んでください。		① / ② / ③	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください(熱・せき・鼻汁・下痢・吐く・その他 _____)		はい いいえ	
最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名(_____)		はい いいえ	
4週間以内に家族や友だちに次のような病気の方がいましたか 病名(麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ)		はい いいえ	
生まれてから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、発育障害、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	
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 最終発作 年 月 日 そのとき熱がありましたか (およそ 度 分)		はい いいえ	
薬や食品、ゴム製品、金属など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がありますか 予防接種の種類(_____) あればそのときの症状を書いてください 症状(熱・吐いた・注射部位のはれ・その他 _____)		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、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)がありますか (注)妊婦または妊娠している可能性がある方への接種は望ましくありません		はい いいえ	
現在、授乳していますか		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 ・ 見合わせる)	医師署名又は記名押印	
	保護者又は同伴者(接種を受ける人が16歳以上、もしくは13歳以上16歳未満で同伴者がいない場合は本人)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(接種間隔が過ぎている場合を含む)について説明しました。		
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などについて理解したうえで、接種を希望しますか。 【13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない方】お子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調を考慮し、予診票の裏面の【保護者の同伴について】を理解したうえで、保護者自署欄に署名し接種を希望しますか。		(希望します ・ 希望しません) どちらかを○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。 このことを理解のうえ、本予診票が北九州市に提出されることに同意します。		保護者又は同伴者(被接種者が16歳以上の場合は本人)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	(筋肉内注射)	実施場所	年 月 日
Lot No.	0.5ml	医師名	

※接種を受ける人が16歳以上の場合には保護者氏名の記載の必要はありません。

■接種対象者および接種回数
小学6年～高校1年相当の女子(3回)

※令和4年4月1日から令和7年3月31日に限り
平成9年4月2日から平成20年4月1日生まれの方は
左記の対象学年を過ぎていても接種可能です。

保護者が同伴できない場合

接種対象者が16歳以上である場合を除き、原則として保護者の同伴が必要です。
事情により保護者が同伴できない場合には

- ①お子さんの健康状態を普段よく知る親族等(代理人)の同伴
または
②保護者の書面による「同意」(接種対象者が13歳以上16歳未満の場合に限る)
のいずれかが必要です。
①の場合、委任状に記入をしてください。
②の場合、【保護者の同伴について】の文書をよくお読みになり署名をしてください。

①の場合

委任状

同伴者(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を同伴者(代理人)と定め、以下の事項について委任します。

(委任事項)

接種対象者の氏名 _____ の予防接種の同伴及び予防接種の際の
保護者の同意に関すること

予防接種を受けるにあたっては、この予診票に添付している説明文を読み、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などについて理解しました。

年 月 日

委任者(保護者)

氏 名 _____

(保護者自署又は記名押印) 接種対象者との続柄: _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

接種対象者(子)の氏名 _____

②の場合【保護者の同伴について】(13歳以上16歳未満の方に限る)

ワクチンの安全性については、その他の医薬品と同様に、製品化までに安全性に関する審査を行って
いる他、製品ごとに国による検定を行っています。

ただし、予防接種直後に、注射による痛み、恐怖、興奮などをきっかけとした失神が現れることがあ
りますので、安全のために極力保護者の方の同伴をお願いします。

やむを得ず保護者の方の同伴ができない場合は、この予診票に添付されている説明をよく読み、十分
理解し、納得されたうえでお子さんに接種することを決めて下さい。接種させることを決定した場合は、
保護者自署欄に署名してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

「ヒトパピローマウイルス感染症ワクチンの接種について」の説明を読み、予防接種の効果や目的、
重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種
させることに同意します。

なお、この書類が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を理解のうえ、北
九州市に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※保護者の署名は、上記の署名欄と、裏面「ヒトパピローマウイルス感染症ワクチン接種予診票」中の保護者自署部分の2か所必要です。