

【住所】 荒川区（南千住・荒川・町屋・東尾久・西尾久・東日暮里・西日暮里）

【生年月日】 年 月 日（満 歳）

丁目 番 号

<建物名・部屋番号があれば以下にご記入ください>

【氏名】

【電話番号】

（ ）

荒川区から転出した場合は、この予診票は使用できません。

今回の接種に「○」をつけてください。	1回目接種	2回目接種	3回目接種
過去の接種年月日をご記入ください。	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	
また、接種したワクチン種別に「○」をしてください。	サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)	サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)	

※これまでに接種したワクチンが分からない場合は、医師に母子健康手帳の予防接種の記録または予防接種記録票を提示するか、前回接種した医療機関に確認してください。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	度	分	
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2 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。()	はい	いいえ	
3 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい	いいえ	
4 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名()	はい	いいえ	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() 接種日()	はい	いいえ	
6 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()	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	
7 現在、ステロイド剤（内服）や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
8 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	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
9 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	
10 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
11 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。 予防接種名()	はい	いいえ	
12 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
13 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。	はい	いいえ	
14 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・見合わせたほうがよい）と判断します。

保護者または接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

【保護者記入欄（自署欄）】どちらかに☑を入れてください。

保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合

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、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者(被接種者が16歳以上の場合は本人)又は同伴者署名

被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合

子宮頸がん予防ワクチンを受けるに当たっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種を受ける方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意します。

また、この予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者自署 緊急の連絡先

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名
<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル Lot No.	0.5ml	実施機関名・住所・電話番号
	接種部位（筋肉内接種）	
	左 上腕 右 その他()	接種医師名
		接種（予診）年月日 (西暦) 年 月 日

(注)有効期限が切れていないか要確認