

宫颈癌（人乳头瘤病毒感染）预防疫苗接种预诊票

这次接种以及既往接种史 ※请在本次接种的相应次数上画圈	第1次（Cervarix、Gardasil）	第2次（Cervarix、Gardasil）	第3次
	年 月 日	年 月 日	

※ 如果不清楚过去接种过的疫苗，请向医生出示母子手册的预防接种记录或预防接种记录票，或向前一次进行了接种的医疗机构确认。

提问事项	诊察前体温		度	医生填写栏
	回答	栏		
1 是否已阅读了足立区发的关于今天所要接种疫苗的说明书？	否	是		
2 此项询问关于接种者的生长发育史。 出生时体重较轻，或者在分娩时、出生后、在接受婴儿健康检查等等之际，曾被告知有异常？	有	无		
3 今天身体是否有不适？ 请填写具体症状。（ ）	是	否		
4 最近1个月以内是否患过病？ 病名（ ）	是	否		
5 最近1个月以内在家成员或玩耍伙伴中，是否有患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病的人？ 病名（ ）	是	否		
6 最近1个月以内是否接种过疫苗？ 疫苗名（ ） 接种日（ / ）	是	否		
7 从出生至今，是否因患先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症、或其他疾病，目前正在接受医生诊治？ 病名（ ） 正在诊治上述疾病的医生是否认为可以接种今天的疫苗？	是	否		
8 现在，是否正在使用类固醇药剂（内服）或免疫抑制剂等特殊药品？	是	否		
9 过去是否曾有痉挛发作？ 大约（ ）岁 痉挛发作时是否伴有发烧？	是	否		
10 是否曾因药物或食品致使皮肤发疹或身体不适？	是	否		
11 近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人？	是	否		
12 过去是否曾因接种疫苗产生过不良反应？ 疫苗名（ ）	是	否		
13 近亲中是否有因接种疫苗产生过不良反应的人？	是	否		
14 您现在是否有已怀孕的可能性（到期未来月经等等）？	是	否		
15 您对今天的预防接种是否有疑问？	是	否		

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

保护者填写栏(签名栏) 请选择一方在“□”内画勾 <input type="checkbox"/> 由保护者或代理人（陪伴者）陪伴前来 / 接种者已婚 <input type="checkbox"/> 保护者没有陪伴前来（需要另外填写同意书） 在考虑了接种者的病史、健康状态、接种当天的身体状况等情况之上，接受了医生的诊察和说明或阅读了另纸所载说明，在理解了预防接种的效果、目的、有产生严重副作用的可能性、预防接种健康被害救済制度等情况的基础上， （同意 不同意）接种疫苗。 ※请在括号中选择一方画圈。 本预诊票是以确保预防接种的安全性为目的。 我已理解上述事宜，同意把本预诊票交给区政府。 保护者（接种者如果已婚则是本人）或陪同者签名	使用ワクチン サーバリックス ガーダシル Lot No. (注)有効期限が切れていないかを確認 接種量 0.5 ml 接種部位（筋肉内接種） 左 上腕 右 その他（ ）	実施場所・接種医師名 実施場所 接種医師名 接種（予診）年月日
	年 月 日	年 月 日