

子宮頸がん 予防接種のお知らせ

予防接種に関する一般的注意

◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は、お子さんの体調のよい時に受けるものです。お子さんの健康状態には十分気をつけましょう。何か心配のあるときは、かかりつけの医師にご相談下さい。
2. 予防接種は、お子さんの健康状態に詳しい保護者が記入し、親子手帳（母子手帳）と一緒に持参して下さい。また、お子さんの健康状態をよく知っている保護者が連れて行きましょう。
3. 受ける前日は、入浴させ、体を清潔にしましょう。
4. 受ける予防接種についての必要性や副反応についてよく理解しておきましょう。

◎予防接種を受けた後の注意

1. 予防接種後の副反応の出現に注意しましょう。
2. 予防接種を受けたら、静かに休ませましょう。
3. 入浴は差し支えありませんが、わざと注射した部分をこするのはやめましょう。

◎予防接種を受けることができない子

1. 接種会場で測定した体温が、37度5分以上あるお子さん。
2. 重い病気にかかっていることが明らかな子。
3. 予防接種を受けて、30分以内にひどいアレルギーを起こしたことがあるお子さん。
4. その他、医師が不適當な状態と判断したお子さん。

※ 他市町村で予防接種を受けた方は、予防接種担当に連絡して下さい。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

				診察前の体温		度		分	
住 所	南城市				☎	—		—	
受ける人の氏名					男・女	生年月日	平成・令和	年	月 日生
保護者の氏名							(満	歳	ヵ月)

※ 被接種者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質 問 事 項		回 答 欄			医師の記入欄	
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。		はい	いいえ			
今回の接種は何回目ですか		1回	2回	3回		
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください。 (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 (9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9 (9価) の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、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「不明」と記入してください。	1 回 目	① / ② / ③ / ④				
		年 月 日 歳				
		2 回 目	① / ② / ③ / ④			
			年 月 日 歳			
今日の接種を希望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)、シルガード9 (9 いずれか一つを○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。 具体的に悪い症状を書いて下さい。(		はい	いいえ			
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()		はい	いいえ			
1ヶ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			
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・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言われましたか。		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。() 歳頃		はい	いいえ			
そのとき、熱がでましたか。		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がありますか。		はい	いいえ			
接種者、近親者の中に先天性免疫不全と診断された方はいますか。		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。 予防接種名 ()		はい	いいえ			
現在、妊娠している、又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。 (注) 妊婦又は妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。		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			
医師の記入欄 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。 被接種者(被接種者が満16歳未満の者の場合は保護者)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。 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うえで、接種することに(同意します ・ 同意しません)

かつこの中のどちらかを○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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者又は接種者自署

(※被接種者が16歳未満の者の場合は保護者自署)

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 Lot No. (注) 有効期限がきれていないか確認	m l	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日