

\*接種希望の方は太ワク内にご記入ください。

## 藤枝市 4価ヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチン 任意接種予診票

接種回数	1回目( / )・2回目( / )・3回目( / ) ※2回目以降の場合、接種済みの接種年月日を記入してください			診察前の 体温	度 分
住 所	藤枝市	電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日生	
予防接種を受ける者の氏名				(満 歳 か月)	
保護者の氏名 (被接種者が満16歳未満の場合に記載)		続柄			

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状をご記入ください( )	はい	いいえ	
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	
最近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( 月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今まで先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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	
その病気のを診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	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	
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 予防接種名( )いつ頃( )症状( )	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方はいますか	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	

<b>医師記入欄</b>
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16歳未満の場合は保護者)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(裏面)などについて説明をしました。
<b>医師署名又は記名押印</b>

<b>本人及び保護者記入欄</b>
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度(裏面)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)※かつ内どちらかを○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、本予診票が市に提出されることに同意します。
<b>保護者又は被接種者自署</b> (※被接種者が16歳未満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	(筋肉内接種) 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか要確認		

※13歳以上16歳未満の方で保護者が同伴しない場合は、裏面の説明を読み、保護者の方が裏面の保護者自署欄へ署名をしてください。16歳未満の方は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

# ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種を受けるにあたっての説明

## ●保護者の方へ：必ずお読みください

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上（中学1年生～高校1年生相当年齢（満16歳以上の者を除く））の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合には、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができますようになりました。

この予診票に署名するにあたっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や藤枝市感染症対策課に確認して、十分納得した上で、接種させることを決めてからにしてください。

## 1 ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の予防接種について

下記QRコードから予防接種の効果と副反応、予防接種被害救済制度などについての内容を確認できます。必ず確認をしていただき、ご納得のうえ、署名をしてください。

○厚生労働省HP ⇒



○予防接種健康被害救済制度 ⇒



## 2 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。また、以下の状態のお子様は、予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます）がある人
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある人
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した人

## ●保護者の方へ：下記事項をよくお読みください

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種されることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（16歳未満の者は、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は、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種健康被害救済制度（上記二次元バーコード リンク先参照）などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に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上、本様式が藤枝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

※本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。16歳未満のお子様1人で予防接種を受ける場合は必ず保護者自署を記入した予診票を提出させるようにしてください。16歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。