

接種区分	HPV		
	1回目	2回目	3回目

【任意接種】男性HPVワクチン予診票

〔市提出用〕

診察前の体温		度 分	
住 所	小金井市 町 丁目 番 号	電話	() -
フリガナ		性別 生年月日 男・女	年 月 日生 (満 歳 か月)
受ける人の氏名			
保護者の氏名※			

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	
今日の接種は何回目ですか。	1回目	2回目	3回目
これまでに接種したことがある場合は、接種日をご記入ください。	1回目	年 月 日 (歳)	
	2回目	年 月 日 (歳)	
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	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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	
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	
そのとき熱が出ましたか。	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がありますか。 予防接種の種類 ()	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	
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。 保護者（接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人）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制度について、説明をしました。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>			

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、本予診票が市に提出されることに同意します。
保護者（接種を受ける者が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	0.5 ml	実施場所	
Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		医師名	
接種区分		接種年月日	
HPVワクチン		年	月
1	2	3	

※ 接種を受ける人が満16歳以上の場合は、当該部分への記載は必要ありません。

【D】 R6.4