

子宮頸がん
(ガーダシル)

予防接種予診票兼接種券

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。 *健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

実施年月日	1 回目	2 回目 (2ヶ月後)	3 回目 (6ヶ月後)	診察前の体温	度 分
	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
住 所				電話 () -	
フリガナ				男・女 生年月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
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
1. 今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	は い	いいえ	
2. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 (月 日頃)	は い	いいえ	
3. 1ヵ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 (月 日頃)	は い	いいえ	
4. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 (/ 月 日) (/ 月 日)	は い	いいえ	
5. 血小板減少症や血液凝固障害の症状はありますか (本剤接種後に出血の恐れがあるため)	は い	いいえ	
6. 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) にかかり医師に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. ひきつけ (けいれん) を起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	
8. 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	は い	いいえ	
9. ラテックス (天然ゴム) 過敏症といわれたことはありますか	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はいますか	は い	いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に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はいますか	は い	いいえ	
13. 現在妊娠をしている可能性 (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はありますか	は い	いいえ	

医師の記入欄

医師のサイン

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか
(はい ・ 見合わせます)

保護者のサイン(接種を受ける人が既婚者の場合は本人)

保護者の方が同伴しない場合は下記にご記入ください

住所

緊急連絡先

使用ワクチン名	摂取量	実施場所 : 〒470-0113日進市栄二丁目112番地 医 師 名 : 医療法人 川井小児科クリニック 川井 進 TEL (0561)72-7070 接種日時 : 平成 年 月 日
ワクチン名 ガーダシル	(皮下接種) 0.5 ml	
Lot. No.		