

サーバリックス® 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

回数	1回目	2回目	3回目	診察前の体温	度	分
住所	〒			TEL	()	—
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名			男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 生 (満 才 カ月)
保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年の場合記入)						

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文(『子宮頸がん予防ワクチン(サーバリックス®)の接種をご希望の方へ』)を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 ●具体的な症状 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 ●具体的な病状 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ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・血液・発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。また、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。 ●具体的な病名 ()	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	
その時に熱は出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品、ゴム製品など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はありますか。 ●薬・食品・製品名 ()	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 ()	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	
現在、妊娠している、また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)妊娠また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。 接種を受ける本人(未成年の場合はその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師の署名または記名押印 ()

本人(未成年の場合はその保護者)記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。 以上の内容に同意し、本ワクチンを接種を希望しますか。(はい・いいえ) 本人(未成年の場合はその保護者)の署名 ()

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
名称:組換え沈降2価 ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (イラクサギンウバ細胞由来) メーカー名:グラクソ・スミスクライン(株) 製造番号:	筋肉内接種、0.5mL 接種部位:上腕三角筋部(右・左)	医療機関名: 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時