

キャッチアップ接種
(経過措置)
令和8年3月31日まで

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 予診票
(2回目 ・ 3回目)

和歌山市

※1回目または2回目の接種を令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に接種した方が対象

記 入 日	令和 年 月 日	診察前の体温		度 分	
住 所	和歌山市	女	生年月日	平成 年 月 日	
受ける人の氏名	ふりがな		電話番号	(満 歳 か月)	

注意
1 2
予 太
防 線
接 の
種 わ
を く
受 内
け は
る 被
と 接
き 種
は、者
母 が
子 消
健 え
康 ない
手 ボ
帳 ル
ま 帳
た 本
は 冊
接 等
種 でお
清 持ち
証 くだ
し さい。
く
は だ
○ こ
で ん
で だ
さ
い。
を
お
持
ち
く
だ
さ
い。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
接種日に、和歌山市に住民登録がありますか。※「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。	いいえ	は い	
平成9年4月2日～平成21年4月1日生の方ですか。※「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
今回の接種は何回目ですか。		2回目 3回目	
これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日を記入してください。 (※) 接種日を必ず記入してください。 (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シルバート9(9価)のうち、①～③のいずれかを○で囲んでください。 (注2) 保護者又は被接種者・医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。 ワクチンの種類がわからない場合には医師が「不明」を記入してください。	1回目 (※)	① / ② / ③ 年 月 日	
	2回目 (※)	① / ② / ③ 年 月 日	
1回目または2回目の接種は、令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に接種していますか。 ※「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。	いいえ	は い	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	は い	いいえ	
1か月以内に病気にかかりましたか。病名() 今、薬を使用していますか。	は い は い	いいえ 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・血液・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。	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	
そのときに熱がでましたか。	いいえ	は い	
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()	あ る	な い	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はありますか。	は い	いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 (注) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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 (可能 ・ 見合わせる) と判断します。 ・被接種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などについて説明をしました。	見合わせ理由
医師署名または記名押印：	

・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上で、接種することに同意しますか。 (同意する ・ 同意しない)
・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。 被接種者自筆：

使用ワクチン製造元	Lot No.	接種場所・医師名	接種年月日
グラクソ MSD		実施場所：	
スミスクライン	注射量(筋肉内注射)	医師名：	医療機関番号
□有効期限がきれていないか確認	0.5ml		

きり線

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 (2回目・3回目)				(医療機関の控)	
被接種者	住所	和歌山市	接種年月日	令和 年 月 日	
	氏名		女	年齢	満 歳 か月