

満16歳以上の方はワクチン接種にあたり 同意書の提出は必要ありません。

① 1枚目は提出不要です。

同意書	
本様式は、13歳以上の方を対象として実施する子宮頸がんの予防接種において、保護者が同伴しない場合となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書を医療機関に提出してください。	
保護者が同伴する場合は、接種前にお知らせに記載されている内容をよく読んで、お子様と一緒にお読みの上でお子様への接種の同意を決定した場合は、保護者記入欄（自署欄）に署名してください。予防接種は受けさせていただきます。	
○ 保護者が同伴する場合は、接種前にお知らせに記載されている内容をよく読んで、お子様と一緒にお読みの上でお子様への接種の同意を決定した場合は、保護者記入欄（自署欄）に署名してください。予防接種は受けさせていただきます。	
○ 保護者が同伴しない場合は、下記本様式に保護者記入欄に署名等をしてください。	
別紙の「子宮頸がん予防ワクチン（旧）」を読み、子宮頸がん予防接種の副反応の可能性及び予防接種救済制度について理解したうえで、子どもに接種することに同意します。	
保護者自署 住 所 緊急の連絡先	
※ 同意書に記入する際は、接種予約票から切り離して記入してください。	

② 2枚目は下記をご参照のうえ記入してください。

(請 求 用)

子宮頸がん予防(ヒトパピロマウイルス感染症)ワクチン接種予約票 世田谷区

住 所	世田谷区	丁目	番	号	種 類	子宮頸がん
フリガナ	記入不要です				有効期限	小学校6年生相当年齢 ～高校1年生相当年齢
受ける人の名前	TEL ()					
保護者氏名						
今回の接種に「○」をつけてください。また過去の接種年月日をご記入ください。		1回目接種 (サーバリックス・ガーダシル) (西暦) 年 月 日	2回目接種 (サーバリックス・ガーダシル) (西暦) 年 月 日	3回目接種		
※ これまでに接種したワクチンが分からない場合は、医師に母子手帳の予防接種の記録または予防接種記録票を提示するか、前回接種した医療機関に確認してください。						
下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。					診察前の体温	度 分
質問事項			回答欄		医師記入欄	
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。			いいえ	はい		
2 接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診等で異常があると いわれたことがありましたか。			あった	なかった		
3 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		
4 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		
5 1か月以内に家族や遊び仲間などに麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気が ありましたか。病名()			はい	いいえ		
6 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() / ()			はい	いいえ		
7 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といわれましたか。			はい	いいえ		
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。			はい	いいえ		
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃 そのときに熱が出ましたか。			はい	いいえ		
10 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		
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。			はい	いいえ		
12 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。 予防接種名()			はい	いいえ		
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。			はい	いいえ		
14 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。			はい	いいえ		
15 今日の予防接種について質問がありますか。			はい	いいえ		
どちらもチェック不要です						
医師署名又は記名押印						
保護者記入欄(自署欄) どちらかに記入してください。 <input type="checkbox"/> 保護者又は代理(保護者が同伴する場合) 受ける方が記入する場合 <input type="checkbox"/> 保護者が同伴しない場合(別紙同意書が必要)			使用ワクチン <input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガーダシル Lot No.		実施場所・接種医師名 実施機関名・住所・電話番号	
接種を受ける方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、医師の診察・説明を受け、または別紙説明書を読み、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。						
同意します ○ 同意しません ○						
※ かつの中のどちらかを○で囲んでください。						
この予防票は、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、本予防票が区に提出されることに同意します。						
保護者(接種を受ける方) 既婚の場合は本人 又は同伴者署名						
0.5 ml 接種部位(筋肉) 左 右 その他()						
「同意します」に丸をつけてください						
接種を受ける方の氏名を記入してください						