

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票
人乳头状瘤病毒感染予防接種問診票
(有家长同伴者用)

回数(いずれかに)
 1
 2
 3

		診察前体温 (診察前の体温)		(度 分) 度
地址(住所)				
接種者姓名 (受ける人の名前)	男	出生日期 (生年月日)	(年 月 日)	
父母 / 监护人姓名 ※ (保護者の名前※)	女		年齢 (岁 个月)	

問 答 事 項 (質 問 事 項)	回答欄 (回答欄)	医生意见栏 (医師記入欄)
关于今天要接受的预防接种, 是否已阅读市发放的说明书?	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	是 否
今天是否有身体不适之处? 如果有 请描述具体症状。 ()	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	是 否
最近一个月是否生过病? 病名 ()	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名	是 否
最近一个月是否进行过预防接种? 接种名称 ()	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類	是 否
从出生至今是否因患有先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、 脑神经、免疫缺陷或其他疾病, 而接受医生诊察? 病名 ()	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	是 否
治疗上述疾病的医生是否同意今天进行预防接种?	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	是 否
过去是否有过抽风(惊挛)现象? 如果有 是在多大时发生的? ()	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃)	是 否
当时是否发烧?	そのとき熱が出ましたか	是 否
是否因食物或药物过敏而出现皮疹或荨麻疹等身体不适症状?	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	是 否
近亲中是否有患先天性免疫缺陷疾病的人?	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	是 否
至今为止是否曾因接受预防接种而引起身体不适? 接种名称 ()	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 予防接種の種類	是 否
近亲中可有因接受预防接种而引起身体不适的人?	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	是 否
现在是否有正在怀孕的可能?(如月经比以往有些错后) [注意] 妊娠中の人进行预防接种须慎重行事。	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)妊娠している人への接種には、注意が必要です。	是 否
您对今天的预防接种是否有何疑问?	今日の予防接種について質問がありますか	是 否

医師記入欄(医生意见)
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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)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。
医師署名又は記名押印

通过接受医生的诊察和说明, 对预防接种的目的、作用和风险(包括严重的副作用)以及对有关预防接种健康被害救済制度等已充分理解, 并在此基础上(同意 / 不同意) 进行接种。 ☆ 请在上记括弧中的(同意 / 不同意)之中选项画圈。
此问诊票是以确保预防接种的安全为目的, 请给予充分的理解并同意将此问诊票提交于有关市政府机关。
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・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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

父母 / 监护人(接受接种者为已婚者时, 则为本人签名) 签名:

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	※(筋肉内接種)	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	接種年月日 年 月 日

※ 如接种者为已婚者, 则无须回答 ※ 字记号家长之信息的部分。

※ 接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。