Human Papilloma Virus Infection(ヒトパピローマウイルス感染症) IMMUNIZATION QUESTIONNAIRE(1st・2nd・3rd)

Did you read the explanation distributed by your municipality, regarding the immunization being given today?								,	Yes	/	No)		
	Address Phone Number ()						Body temperature before consultation					$^{\circ}$		
Child	Name		THORE I VALUE			f	Male ema		Pai	ne of rent ardiar				
	Date of Birth	M	onth Date	Yeai	-					Ar	nswe	er		Doctor's use only
Is the patient sick today? If so, please describe in detail. ()									,	Yes	/	No)	
Has the patient been ill in the past month? Disease name ()								,	Yes	/	No)		
Has the patient been vaccinated in the past month? Vaccine name (,	Yes	/	No)	
Does the patient have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? Disease name ()									,	Yes	/	No)	
Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination?									,	Yes	/	No)	
Has the patient had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at what age did it occur? (,	Yes	/	No)		
If you answered "yes" to the preceding question, did the person have a fever at that time?								,	Yes	/	No)		
Has the patient ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications?								,	Yes	/	No)		
Does the patient have a family member or relative with a congenital immunodeficiency?								,	Yes	/	No)		
Has the patient had a serious reaction to a vaccine in the past? Vaccine name (,	Yes	/	No)		
Has any far the past?	mily member or relati	ve of the patient h	nad a serious reac	ction to	a va	.ccine	e in		,	Yes	/	No)	
Is there a chance the child could become pregnant (for example, has menstruation been delayed or has a period been missed)? [Caution] Strict attention should be paid to vaccinations for pregnant women.								,	Yes	/	No)		
Do you have any questions about today's vaccination?								,	Yes	/	No)		
医師の記入欄 以上の問診 保護者に対	』 ◇及び診察の結果、今日 オレて、予防接種の効果	の予防接種は (、副反応及び予防接	種健康被害救済制度	合わせ; につい 名又はii	て説明	をし) ました	と判 き。	断しま	ਰ 。				
This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccination. The patient has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of vaccination has been explained to me by the doctor, as has the nature of support provided if adverse events occur. I believe that I understand this information. I (do / do not)* give consent for the patient to be vaccinated. * Please circle your choice. I understand the above and agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office.														
_	of the parent/guardia				_	-	144		_			4-		
<u>ワ</u> メーカー名	<u>クチン</u> ;	接種量 筋肉内接種	実施医療機関		医	療	機	関	名	•	<u>医</u>	師	名	
Lot No.		ml	実施医療機関 医師名											
有効期限		(接種部位)	. –) .	Ŧ			Р			
(注)有効期限が	きれていないか要確認	左・右	接種年月日				1				月			

^{*} When the patient is married, there is no need to answer this question

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(1回目・2回目・3回目)

今日受ける予	防接種について市から	ら配られている説明書を	読みましたか			はい /	′ いいえ			
14-77-4-	住所		電話番号()	診察前の体		Ç		
接種を 受ける者	氏 名				男 女	保護者の氏名	,			
	生年月日	年 (満	月 歳 カ月		医師記入欄					
今日体に具合の	の悪いところがありる	ますか				1=1.1	′ いいえ			
具体的な症状	を書いてください()	1001 /	01017			
最近1カ月以 病名(为に病気にかかりまし	はい /	′ いいえ							
1カ月以内に ³	予防接種を受けました		1-1.	/ / / / / ~						
予防接種	の種類(はい /	いいえ						
	今までに先天性異常、 師の診察を受けている		はい /	′ いいえ						
	てもらっている医師に		はい /	´ いいえ						
		ことがありますか(72.0			′ いいえ			
	熱が出ましたか		/ 水块				 ′ いいえ			
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							/ 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							′ いいえ			
これまでに予 予防接種	防接種を受けて具合た の種類(ある	/ ない							
近親者に予防	接種を受けて具合が悪	ある	/ ない							
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							/ ない			
(注)妊娠している方への接種には、注意が必要です。							/ ない			
今日の予防接種について質問がありますか							/ ない			
医師の記入欄 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・見合わせた方がよい) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。 <u>医師署名又は記名押印</u>										
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)※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。 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。										
保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 自署										
ワ	クチン	接種量	実	施医療	機関	名・2	医師 名			
メーカー名		筋肉内接種	実施医療機関							
Lot No.		(#英種如(点)	医師名							
有効期限 (注) 有効期限が	きれていないか要確認	生 · 右	接種年月日		年	J	∄			
A I A H MISHING (), (これに しいない ハンマ 川田高崎									