

【注意】岡山市外に住民異動した場合は、岡山市による公費負担接種はできませんのでご注意ください(ただし、一部特例者あり。)。
また、事後に公費負担対象外と判明した場合は、原則として、接種費用を自己負担していただくこととなりますのでご注意ください。

事業コード
1 4 3 0

接種区分
4 1

No.
5 12

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種申込書 (個人票)

1回目用

保護者記入欄	受ける人の氏名	漢字 13 27	保護者署名	
	生年月日	カナ 28	年齢	満 歳 か月
	住所	29 31 33 35	電話番号	- -

※記入例を読んで、シールを貼り(手書き記入可)、必要事項を記入してください。

医療機関記入欄	実施年月日	令和 36 年 38 月 40 日	名称 所在地 電話番号 接種医師名
	結果	42 1 接種 (サーバリックス) 4 接種 (ガーダシル) 9 接種せず	

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種予診票

〈保護者が同伴しない場合は裏面もご覧ください〉

1回目用

住所	岡山市 区	診察前の体温	度 分
受ける人の氏名		電話番号	- -
保護者の氏名		生年 平成 年 月 日生 月日 (満 歳 か月)	

※接種を受ける人が既婚または裏面に保護者署名がある場合は記載の必要はありません。

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
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、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか	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	
⑤1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい いいえ	
⑥1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	
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いといわれましたか	はい いいえ	
⑧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	
そのとき熱がでましたか	はい いいえ	
⑨薬や食品、ゴム製品、金属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がありますか	はい いいえ	
⑩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	
⑪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 ()	あ る な い	
⑫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	はい いいえ	
⑬6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
⑭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がある方への接種は望ましくありません	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	

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(接種を受ける者が既婚者または裏面に保護者自署がある場合は本人)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 []

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。
 (保護者同伴または受ける人が既婚の場合)
 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。
 (保護者が同伴しない場合)
 あなたのお子様の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意しますか (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。
 保護者(接種をうける者が既婚者の場合は本人) 自署 []

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 Lot No.	(筋肉内接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。

令和3年度岡山市調製

【注意】岡山市外に住民異動した場合は、岡山市による公費負担接種はできませんのでご注意ください(ただし、一部特例者あり。)。
また、事後に公費負担対象外と判明した場合は、原則として、接種費用を自己負担していただくこととなりますのでご注意ください。

事業コード
1 4 3 0

接種区分
4 2

No.
5 12

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種申込書 (個人票)

2回目用

保護者記入欄	受ける人の氏名	漢字 13 27	保護者署名			
	生年月日	カナ	年齢	満	歳	か月
	住所	岡山市 区	28	29	31	33

※記入例を読んで、シールを貼り(手書き記入可)、必要事項を記入してください。

医療機関記入欄	実施年月日	令和 36 年 38 月 40 日	名称 所在地 電話番号 接種医師名
	結果	1 接種 (サーバリックス) 4 接種 (ガーダシル) 9 接種せず	

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種予診票

〈保護者が同伴しない場合は裏面もご覧ください〉

2回目用

住所	岡山市 区	診察前の体温	度 分
受ける人の氏名		電話番号	- -
保護者の氏名		生年 平成 年 月 日生	
		女 月日 (満 歳 か月)	

※接種を受ける人が既婚または裏面に保護者署名がある場合は記載の必要はありません。

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
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、乳幼児健診など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	
⑤1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい いいえ	
⑥1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	
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いといわれましたか	はい いいえ	
⑧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	
そのとき熱がでましたか	はい いいえ	
⑨薬や食品、ゴム製品、金属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がありますか	はい いいえ	
⑩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	
⑪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 ()	ある ない	
⑫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	はい いいえ	
⑬6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
⑭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がある方への接種は望ましくありません	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	

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(接種を受ける者が既婚者または裏面に保護者自署がある場合は本人)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 []

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。
 (保護者同伴または受ける人が既婚の場合)
 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。
 (保護者が同伴しない場合)
 あなたのお子様の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意しますか (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。
 保護者(接種をうける者が既婚者の場合は本人) 自署 []

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 Lot No.	(筋肉内接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。

令和3年度岡山市調製

【注意】岡山市外に住民異動した場合は、岡山市による公費負担接種はできませんのでご注意ください(ただし、一部特例者あり。)。
また、事後に公費負担対象外と判明した場合は、原則として、接種費用を自己負担していただくこととなりますのでご注意ください。

事業コード
1 4 3 0

接種区分
4 3

No.
5 12

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種申込書 (個人票)

3回目用

保護者記入欄	受ける人の氏名	漢字 13 27	保護者署名			
	生年月日	カナ 28	年齢	満	歳	か月
	住所	29 31 33 35	電話番号	-	-	

※記入例を読んで、シールを貼り(手書き記入可)、必要事項を記入してください。

医療機関記入欄	実施年月日	令和 36	年 38	月 40	日	名称 所在地 電話番号 接種医師名
	結果	42 1 接種 (サーバリックス) 4 接種 (ガーダシル) 9 接種せず				

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種予診票

〈保護者が同伴しない場合は裏面もご覧ください〉

3回目用

住所	岡山市 区	診察前の体温	度	分
受ける人の氏名		電話番号	-	-
保護者の氏名		生年 月日	平成 令和	年 月 日生 (満 歳 か月)

※接種を受ける人が既婚または裏面に保護者署名がある場合は記載の必要はありません。

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
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、乳幼児健診など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	
⑤1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい いいえ	
⑥1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	
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 () 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	はい いいえ	
⑧ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱がでましたか	はい いいえ はい いいえ	
⑨薬や食品、ゴム製品、金属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がありますか	はい いいえ	
⑩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	
⑪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 ()	あ る な い	
⑫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	はい いいえ	
⑬6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
⑭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がある方への接種は望ましくありません	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	

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(接種を受ける者が既婚者または裏面に保護者自署がある場合は本人)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 []

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。
 (保護者同伴または受ける人が既婚の場合)
 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。
 (保護者が同伴しない場合)
 あなたのお子様の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意しますか (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。

保護者(接種をうける者が既婚者の場合は本人) 自署 []

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 Lot No.	(筋肉内接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。

令和3年度岡山市調製

別紙説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深めることを目的としています。
予防接種手帳の子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、
重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。

令和 年 月 日

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

※本署名は、接種当日時点で13歳以上の者を対象に実施する子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種において保護者が同伴しない場合に
必要となるものです。お子様が一人で予防接種を受ける場合は必ず申込書・予診票を提出させるようにしてください。
申込書(表面1か所)・予診票(表面下部1か所、裏面1か所)に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

予防接種における委任状

今回、子どもの予防接種を受けるに当たり、私(保護者)が特段の理由により同伴できないため、下記の者を
代理人と定め、予防接種に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

保 護 者

(住 所)

(緊急連絡先電話番号)

(氏 名)

印

お 子 さ ん

(氏 名)

(生年月日)

記

代 理 人

(住 所)

(電話番号)

(氏 名)

(お子さんとの続柄)

※ 予防接種を受けるときは、原則、日頃からお子さんの健康状態をよく知っている保護者が同伴してください。
やむをえず保護者が同伴できない場合は、予防接種を理解した上で、日頃からお子さんの健康状態をよく知って
いる親族が代理人として同伴することができますが、委任状が必要となります。

※ 代理人が同伴する場合は、**保護者が本委任状を記入・押印**した上で、医療機関に提出してください。
(必要事項が記載されていれば、委任状の様式は問いません。)