

ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)予防接種 ～予診票のご使用について～

1. 9価ワクチンの接種を希望される方へ

令和5年4月1日から、2価・4価ワクチンに加えて、9価ワクチンが定期接種化されました。すでに市から配布された予診票をお持ちの方は、裏面を参照し、訂正の上、ご使用ください(訂正印不要)。 ※9価の記載がある予診票をお持ちの方は、そのままご使用ください。

① 満15歳～
キャッチアップ
接種対象の方

接種スケジュール: 4価ワクチンと同じです(市配布の説明書参照)
予診票: すでに市から配布された予診票をお持ちの方は、以下のように訂正の上、ご使用ください。(訂正印不要)

使用ワクチン (○をつける)	1回目	標準間隔	2回目	標準間隔	3回目
2価 (サーバリックス)	年 月 日	1ヵ月～	年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日
4価 9価 (ガーダシル)			年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日

4価 → 9価

2回目 → 3回目

② 小学6年生
～満14歳の方

接種スケジュール: 2回接種して終了です。
1回目と2回目は6ヵ月以上の間隔をあけてください。
※15歳をすぎて1回目を接種した場合は、3回接種となります。(①の方法で予診票を修正し、使用してください)

予診票: すでに市から配布された予診票をお持ちの方は、以下のように訂正の上、ご使用ください。(訂正印不要)

使用ワクチン (○をつける)	1回目	標準間隔	2回目	標準間隔	2回目 3回目
2価 (サーバリックス)	年 月 日	1ヵ月～	年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日
4価 9価 (ガーダシル)			年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日

4価 → 9価

2回目 → 3回目

※原則、同じワクチンで規定回数を終えてください。

2. 高校2年生(平成18年度生)の方へ

令和7年3月まで定期接種として受けられます

該当学年に☑して ください	<input type="checkbox"/> 小学6年生	<input type="checkbox"/> 中学1年生
	<input type="checkbox"/> 中学2年生	<input type="checkbox"/> 中学3年生
	<input type="checkbox"/> 高校1年生相当	<input checked="" type="checkbox"/> 高校2年生

本項目に、「高校2年生」と書き込みご使用ください。



ご不明な点は、保健センターにお問い合わせください。

【お問合せ先】取手市保健センター 保健予防係 電話:0297-85-6900 (受付時間:平日 8:30～17:15)

様式第三 取手市 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(キャッチアップ接種) (市提出用)

公費対象者：平成9年4月2日～平成18年4月1日生(有効期限：令和7年3月31日)

【接種記録】※今回の接種が何回目であるか○で囲み、過去と今回の接種日を記入してください。※太枠の中をもちろん記入してください。

①の例

使用ワクチン (○をつける)	1回目	標準間隔	2回目	標準間隔	3回目
	年 月 日	1ヵ月～	年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日
	年 月 日	2ヵ月～	年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日
標準間隔が取れない場合：3回目は1回目の注射から5ヵ月以上、かつ2回目の注射から2ヵ月半以上の間隔をおいて接種を行う					
標準間隔が取れない場合：1ヵ月以上の間隔をおいて2回注射し、2回目から3ヵ月以上の間隔をおいて3回目の接種を行う					
受ける人の氏名	(フリガナ)		自宅での体温	度	分
			診察前の体温	度	分
住所	取手市		受ける人の生年月日	H 年 月 日生 (満 歳 ヵ月)	
質問事項			回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか			*必須		はい いいえ
上記【接種記録】に接種日を記入しましたか 記録が得られず、わからない場合には医師が医師記入欄の「不明」に○をつけてください					はい いいえ 不明
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

様式第三 取手市 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票 (市提出用)

公費接種対象者：小学6年生～高校1年生の女子 ※接種日に取手市に居住し住民登録のある方のみ有効

※今回の接種が何回目であるか○で囲み、過去と今回の接種日を記入してください。※太枠の中をもちろん記入してください。

②の例

使用ワクチン (○をつける)	1回目	標準間隔	2回目	標準間隔	2回目
	年 月 日	1ヵ月～	年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日
	年 月 日	2ヵ月～	年 月 日	1回目から6ヵ月以上	年 月 日
標準間隔が取れない場合：3回目は1回目の注射から5ヵ月以上、かつ2回目の注射から2ヵ月半以上の間隔をおいて接種を行う					
標準間隔が取れない場合：1ヵ月以上の間隔をおいて2回注射し、2回目から3ヵ月以上の間隔をおいて3回目の接種を行う					
受ける人の氏名	(フリガナ)		女	自宅での体温	度 分
				診察前の体温	度 分
住所	取手市		受ける人の生年月日	年 月 日生 (満 歳 ヵ月)	
保護者の氏名	(接種を受ける人が既婚の場合には当		高校2年生の場合： 該当学年に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 小学6年生 <input type="checkbox"/> 中学1年生 <input type="checkbox"/> 中学2年生 <input type="checkbox"/> 中学3年生 <input type="checkbox"/> 高校1年生相当 <input checked="" type="checkbox"/> 高校2年生		
			電話番号		
質問事項			回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか			*必須		はい いいえ
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
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名() いつ頃() 治った日(月 日)					はい いいえ
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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() いつ頃()					はい いいえ
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか *必須 *予防接種名() *受けた日(月 日)					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、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
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