

Vaccine type: Cervarix / Gardasil / Silgard 9 (1st, 2nd, 3rd) ← Please circle the name of the vaccine and dosage

今回の接種 ワクチン名(サーバリックス、ガーダシル、シルガード9)（1回目・2回目・3回目） ←ワクチン名、回数に○をしてください

Parents/guardians (or the child to be vaccinated if aged 16 or older) should fill in the form, including the address, name, sex, and date of birth listed on Resident Records, and answer all questions.

住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方(接種を受ける方が満16歳以上の場合は本人)が必ず記入してください。

Immunization history (接種歴)	1st dose 1回目	YYYY / MM / DD 20 / /	Date of screening (予診年月日)	YYYY / MM / DD 20 / /
	2nd dose 2回目	YYYY / MM / DD 20 / /	Body temp. (診察前の体温)	℃
Address (住所)		Tel/電話番号()		
Name of child to be vaccinated (受ける人の氏名)		Date of birth (生年月日) Age(年齢)	YYYY / MM / DD / / () years () months	Name of parent/guardian* (保護者の氏名)
		Sex(性別) M / F		

Please circle the answers that apply and fill in the blanks.
次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

*If the child is 16 or older, this space can be left blank.
※ 接種を受ける方が満16歳以上の場合は、記載の必要はありません。

Questions 質問事項	Answer 回答欄		Dr. use 医師記入欄
Have you read and understood the explanation of the vaccine your child will receive today?*(今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか。 *See p. 2 for explanation of vaccine (説明書)	Yes	No	
Is the child to be vaccinated a Hiroshima City resident (do they have a Resident Record in Hiroshima City)? 接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	Yes	No	
Do you have any concerns about your child's health today? If yes, please describe their symptoms: (今日、体に具合の悪いところがありますか。「はい」の場合、具体的な症状を書いてください。	Yes	No	
Has your child been ill within the past month? If yes, which illness? (1か月以内に病気にかかりましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。	Yes	No	
Has your child received any vaccinations within the past month? If yes, which vaccine? (1か月以内に予防接種を受けましたか。「はい」の場合、受けた予防接種を書いてください。	Yes	No	
Has your child been treated for congenital abnormalities, or heart, renal, liver, neurological, or immunodeficiency diseases from birth until today? If yes, which disease? (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。「はい」の場合、病名を書いてください。	Yes	No	
Did the doctor in charge of their treatment approve today's vaccine? その病気を診てもらっている医師に、本日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	Yes	No	
Has your child ever experienced convulsions? If yes, at what age? (ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。「はい」の場合、何歳頃に起こしましたか。	Yes	No	
Did your child have a fever at the time? その時、発熱をしましたか。	Yes	No	
Has your child ever had a skin rash or felt ill after eating certain foods or taking certain medications? 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。	Yes	No	
Does your child have any close relatives diagnosed with congenital immunodeficiency? 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。	Yes	No	
Has your child ever felt ill after receiving a vaccine? If yes, which vaccine? (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せんか。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。	Yes	No	
Have any of their close relatives felt sick after receiving a vaccine? 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。	Yes	No	
Has your child received a blood transfusion or gamma globulin* injection within the past six months? 6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(※)	Yes	No	
Is there a possibility your child may be pregnant? (Late period, etc.) Note: pregnant women receiving the vaccine need special consideration. 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)妊娠している方への接種には注意が必要です。	Yes	No	
Do you have any questions about today's vaccine? 今日の予防接種について質問がありますか。	Yes	No	

*Gamma globulin is derived from blood and can be injected as a way to prevent infections, such as Hepatitis A, or as a treatment for severe infections. Vaccinations, such as those for measles, etc., may not be as effective for those who have had an injection within the past 3-6 months. ※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。

Check (✓) the boxes that apply. Parent/guardian consent box must be signed regardless of whether they accompany the child.
(該当する内容の口に✓をしてください。保護者自署欄は、同伴の有無にかかわらず署名が必要です。)

☐ The child is 16 or older or will be accompanied by a parent/guardian.
Do you agree to your child being vaccinated, having undergone an exam by the doctor, as well as having heard the explanation and understood the effects and aims of the vaccine, the possibility of severe side effects, as well as the vaccine injury compensation program? (Agree / Disagree) << Circle one
(保護者が同伴される場合及び被接種者が16歳以上の場合。 (↓いずれかに○をしてください。)
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を受けることに同意しますか。(同意します・同意しません))

☐ A parent/guardian is not accompanying the child today >> Must circle the vaccine type and sign the consent form on page 2.
Do you agree to the vaccination of your child with consideration to their medical history, overall health, and health on the day of vaccination? (Agree / Disagree) << Circle one
(保護者が同伴しない場合→P.2のワクチン選択欄、同意書にも記入が必要。
あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種を受けることに同意しますか。(同意します・同意しません) ←いずれかに○をしてください。

This questionnaire is designed to ensure vaccination safety. I understand this and agree to the submission of this questionnaire to the City of Hiroshima.

Parent/guardian signature (or signature of child to be vaccinated if 16 or older)

(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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。保護者(接種を受ける方が16歳以上の場合は本人)自署)

P. 1

If the child to be vaccinated is 13 or older but less than 16 years old and do not have a parent/guardian accompanying them
(お子様が13歳以上16歳未満で、接種当日に保護者が同伴しない場合)

Be sure to carefully read everything printed here, and if you are unsure about anything, ask the doctor administering the vaccine. Having done so, then decide whether your child should be vaccinated, and which vaccine you'd like them to receive.

If you would like your child to be vaccinated, having fully understood the effects and side effects of the vaccine, fill out the following.

これまでの記載事項をよく読み、不明な点があれば、接種医師に相談した上で、子供に接種させるか、また、どのワクチンを接種するか決めてください。効果と副反応について十分理解した上で、接種を希望する場合は、下記に記入が必要です。

Vaccine type (Please circle one) (ワクチン選択欄 (いずれかに○をしてください))

Today's dose (if the child receives their first dose of Silgard 9 by the time they are 15, then they will be completely vaccinated by the second dose)
(今回の接種回数(シルガード9は、15歳になるまでの間に1回目の接種を受ければ、2回での接種完了となります。))

1st dose
(1回目)

2nd dose
(2回目)

3rd dose
(3回目)

Vaccine type (接種を受けるワクチン)

Cervarix (Bivalent vaccine)
(サーバリックス(2価ワクチン))

Gardasil (Quadrivalent vaccine)
(ガーダシル(4価ワクチン))

Silgard 9 (Nine-valent vaccine)
(シルガード9(9価ワクチン))

Consent form for cervical cancer vaccine (子宮頸がん予防ワクチン接種同意書)

(Parent/guardian signature, address, and emergency contact information box) (保護者自署欄・住所欄・緊急連絡先記入欄)

I agree to having my child vaccinated for cervical cancer, having read the explanation and understood the effects and aims of the vaccine, the possibility of severe side effects, as well as the vaccine injury compensation program. I also agree to providing this paperwork to the City of Hiroshima, having understood that this explanation packet was created to help parents/guardians better understand the vaccination.

子宮頸がん予防ワクチンの接種を受けるに当たっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の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、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解した上で、本様式が広島市に提出されることに同意します。

Parent/guardian signature*
(保護者自署※)

Address
(住所)

Emergency contact information
(緊急の連絡先)

***Parent/guardian signature needed on page 1 as well.**

If there is no signature, your child will not receive the vaccine.

(P.1の保護者自署欄にも記入が必要です。記入がなければ接種は受けられません。)

Date (年月日) YYYY / MM / DD
 / /

Explanation of vaccine (説明書)

Public Foundation of Vaccination Research Center
(公財)予防接種リサーチセンター)

Doctor use (医師記入欄)

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・見合わせたほうが良い）と判断します。

・接種を見合わせる理由（ ）

接種を受ける（保護者・本人（接種を受ける者が満16歳以上の場合又は接種を受ける者が13歳以上16歳未満で保護者が自署した同意書を持参している場合））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

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	筋肉内接種	医療機関所在地
Lot No.	0.5mL	医療機関名
		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注)予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、診察後、医療に移行していないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを紙用右上に記載してください。