

人乳头瘤病毒疫苗：希瑞适 / 加卫苗 / 加卫-9 (第一剂次 / 第二剂次 / 第三剂次) ← 请圈选疫苗的种类及剂次

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

家长/监护人(或年满16岁以上的受种者) 必须填写办理住民登记时所登记的地址、姓名、性别及出生日期, 并回答所有问题。

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。

接种记录 (接種歴)	第一剂次 1回目	年	月	日	问诊日期 (予診年月日)	年	月	日
	第二剂次 2回目	年	月	日	体检前的体温 (診察前の体温)	℃		
住址 (住所)	联络电话/電話番号 ( )							
受种者姓名(受ける人の氏名)				出生日期 (生年月日)	年	月	日	家长/监护人姓名(保護者の氏名)
				年齢(年齢)	( )岁	( )个月		
				性別(性別)	男 / 女			

请圈选合适的答案并在括号内填写相关内容。

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。

注意: 若是接种者年满16岁或以上, 则无需填写家长/监护人姓名栏。

※ 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。

問題 (質問事項)	回答栏 (回答欄)		医生意见 (医師記入欄)
您是否已阅读并理解有关本次疫苗接种的说明? (请参见第2页的《疫苗接种与儿童健康》。) 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。	是	否	
您的孩子(受种者)是否为广岛市民(在广岛市办理好住民登记且已领取住民票的人士)? 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。)	是	否	
您的孩子今天身体是否有哪里感到不适? 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。「はい」の場合、具体的な症状を書いてください。	是	否	
您的孩子在过去一个月内是否生过病? 如果有, 请写下该病名称。( ) 1か月以内に病気になるかかりましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。	是	否	
您的孩子在过去一个月内是否接种过任何疫苗? 如果有, 请写下该疫苗的名称。( ) 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。	是	否	
您的孩子从出生到现在是否曾因患有先天性障碍, 或是心脏、肾脏、肝脏、神经系统、免疫缺陷等疾病而接受过治疗? 如果有, 请写下该病名称。( ) 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。	是	否	
负责诊治上述疾病的医生是否批准了您的孩子今天接种疫苗? 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。	是	否	
您的孩子有过惊厥的经历吗? 如果有, 是在几岁时发作的?( ) 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。	是	否	
您的孩子当时是否发烧? その時、発熱をしましたか。	是	否	
您的孩子是否曾在食用某些食物或服用某些药物后出现皮疹或感到不适? 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	
您的孩子是否有近亲被诊断患有先天性免疫缺陷? 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。	是	否	
您的孩子是否曾在接种疫苗后感到不适? 如果有, 是哪种疫苗?( ) これまで、予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。	是	否	
孩子的近亲中是否有人在接种疫苗后感到不适? 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	
在过去六个月内, 您的孩子是否接受过输血或丙种球蛋白注射? (请参见页尾说明。) 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(※)	是	否	
受种者是否有可能已经怀孕(出现月经推迟等现象)? (注意: 孕妇在接种疫苗时需要特别考量。) 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。	是	否	
您对今天的疫苗接种有疑问吗? 今日の予防接種について質問がありますか。	是	否	

说明: 丙种球蛋白是一种取自血液的物质, 可通过注射来预防感染如甲型肝炎等感染疾病或治疗重症感染。对于在过去3至6个月内接受过丙种球蛋白注射的受种者来说, 接种其他疫苗, 如麻疹疫苗等, 可能不会有显著的功效。 ※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出ないことがあります。

请勾选(√)合适的答案。接种时无论是否有家长或监护人陪同都请在家长/监护人署名栏中签名。

(該当する内容の□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。)

□ 受种者已年满16岁或是有家长或监护人陪同

您是否于受种者接受体检后听取了医生的说明, 并在清楚了解疫苗接种的作用与目的, 受种者在接种疫苗后可能出现严重副作用的可能性以及有关疫苗伤害赔偿规划

内容的情况下同意让医生为受种者接种疫苗? (同意 / 不同意) ←请圈选一项

(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)

□ 无家长或监护人陪同→请在签名后翻至第二页勾选疫苗种类及签署同意书。

在考量受种者的病史、整体健康状况以及接种疫苗当天的健康状况后, 您是否同意医生为受种者接种疫苗? (同意 / 不同意) ←请圈选一项

(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。

本问诊表是为了确保受种者能够安全的接受疫苗接种而设。本人对此表示理解并同意将此表提交给广岛市政府。

家长/监护人/受种者(年满16岁以上)署名

(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)

受种者年齢若是介于13至15岁之间 (未满16岁) 且接种当天没有家长或监护人陪同  
(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)

请仔细阅读本问诊表中的所有事项说明。如果您有任何疑问, 请先咨询负责实施接种的医生, 然后决定是否让您的孩子接种疫苗以及选择疫苗的种类。如果您在清楚了解疫苗效果及其副作用后仍然希望医生为孩子接种疫苗, 请填写以下信息。

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。

疫苗种类 (圈选其一) (ワクチン選択欄 (いずれかに○をしてください))

本次接种疫苗的剂次 (受种者若是在15岁之前接种第一剂加卫-9疫苗, 便可在接种第二剂后完成接种)。  
(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。))

第一剂次  
(1回目)

第二剂次  
(2回目)

第三剂次  
(3回目)

本次接种疫苗的种类 (接種を受けるワクチン)

希瑞适 (二价疫苗)  
(サーバリックス(2価ワクチン))

加卫苗 (四价疫苗)  
(ガーダシル(4価ワクチン))

加卫-9 (九价疫苗)  
(シルガード9(9価ワクチン))

子宮頸癌疫苗接种知情同意书 (子宮頸がん予防ワクチン接種同意書)

(家长/监护人署名、住址及紧急联系人信息栏) (保護者自署欄・住所欄・緊急連絡先記入欄)

本人已阅读宫颈预防疫苗接种说明, 并在清楚了解疫苗接种的作用与目的, 受种者在接种疫苗后可能出现严重副作用的可能性以及有关疫苗伤害赔偿规划内容的情况下同意让-此问诊表是为了确保受种者能够安全的接受疫苗接种而设, 并同意将此表提交给广岛市政府。

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。

家长/监护人署名 (请参见下方说明)  
(保護者自署※)

住址 (住所)

紧急联系人信息  
(緊急の連絡先)

说明: 请您务必也在第1页的家长/监护人署名栏中签名。若无签名, 我们将无法为受种者接种疫苗。

(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。)

日期: 年 / 月 / 日

《疫苗接种与儿童健康》(説明書)



公益財団法人疫苗接种研究中心  
(公財) 予防接種リサーチセンター

医生专用 (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
(注)有効期限が切れていないか要確認		医師名
		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、医療機関コードを用紙右上に記載してください。