**ヒトパピローマウイルス感染症予防ワクチン（子宮頸がんワクチン）**

**任意接種履歴書**

（申請者記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

------------------------以下の欄は、医療機関において記入してください。---------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 上記の者のヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種履歴は、以下のとおりです。 | | | |
|  | 接種年月日 | 種類 | ロット番号 |
| １回目 | 年　　　月　　　日 | □２価(ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ)  □４価(ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ) |  |
| ２回目 | 年　　　月　　　日 | □２価(ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ)  □４価(ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ) |  |
| ３回目 | 年　　　月　　　日 | □２価(ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ)  □４価(ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接  種  医  療  機  関 | 記入日 | 年 　　　　　月 　　　　　　日 |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 電話番号 |  |

備考 医療機関で子宮頸がんワクチン任意接種履歴書を発行すると、文書料等（発行に係る費用）が発生することがあります。その場合は自己負担になります。