

日付	26日後 /	27日後 /	28日後 /	29日後 /	30日後 /
記入時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	℃	℃	℃	℃	℃
気分	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪
下記の症状の状態	☹️ ☹️ ☹️	☹️ ☹️ ☹️	☹️ ☹️ ☹️	☹️ ☹️ ☹️	☹️ ☹️ ☹️
接種部位の痛み					
接種部位の腫れ					
接種部位の赤み					
頭痛					
筋肉痛( )					
関節痛( )					
疲労感					
腹痛					
立ちくらみ、めまい					
手足の痛み					
吐き気					
全身の力が入らない					
手足の力が入りにくい					
じんましん、息苦しさ					
失神	△	△	△	△	△
鼻血、歯ぐきの出血、生理の出血量の増加					
その他(カッコ内に症状記載)	( )	( )	( )	( )	( )
生理の有無	あり	あり	あり	あり	あり
お薬使用の有無	あり	あり	あり	あり	あり
気が付いたことなどで自由にご記入下さい					

**お薬使用記録** 症状に対してお薬(処方薬やOTC薬)を使用した場合は、表に詳細をご記入ください。

日付	/	/	/	/	/	/	/
使用した時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
薬剤名/商品名							
飲んだ数(飲み薬の場合)							
使用した理由(発熱の場合は体温も記入)							
使用した後の体調(発熱の場合は体温も記入)							
備考欄							

## HPVワクチンフォローアップシート

氏名

ご自身(お子様)の体調について接種前日から1か月間毎日記入して、体調管理にお役立てください。できれば保護者の方と一緒にいきましょう。



下記の場合は、この紙を持参し、予防接種を実施した医師またはかかりつけ医にご相談ください。お薬を使用した場合は、4ページの表に詳細を記入してください。

- 接種後1週間以内に、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合
- 注射した部位に限らず、激しい痛み(筋肉痛、関節痛、皮膚の痛みなど)、しびれ、脱力などが起こり、続く場合
- 気になる症状があったり、症状が悪化・継続している場合

◎接種前日と接種当日の接種前の体調についてご記入ください。

接種	前日( / )	当日接種前( / )
体温	℃	℃
体調	良い・普通・悪い	良い・普通・悪い

体調がよくない場合や、平熱より明らかに高い場合・37.5度以上の熱がある場合などは、医師または薬剤師に相談してください。

◎接種後にご記入ください。

<p>接種記録等</p> <p>接種日時: 年 月 日(午前・午後 : )</p> <p>接種回数: 1回目・2回目・3回目</p> <p>接種箇所: 右腕・左腕・右太もも・左太もも</p> <p>種類: サーバリックス・ガーダシル・シルガード9</p> <p>接種した医療機関:</p> <p>担当した医師名:</p> <p>生理の状況: <input type="checkbox"/> 初経はきていない</p> <p><input type="checkbox"/> 規則的(周期: 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 不規則(周期: 日から 日程度)</p> <p>→ 最近の生理が始まった日: 年 月 日</p> <p>※周期とは…生理開始日～次の生理の前日までの日数</p>	<p>かかりつけ医情報</p> <p>医師氏名:</p> <p>施設名:</p> <p>緊急時含む連絡先:</p>	<p>かかりつけ薬剤師情報</p> <p>薬剤師氏名:</p> <p>施設名:</p> <p>緊急時含む連絡先:</p>
--	---	--

☹️ 症状は少しあり    😞 症状が辛い    😫 症状が耐えられないくらい辛い

◎接種後1ヶ月の体調を記録しましょう。症状がある場合は、当てはまる程度にチェックをしてください。

日付	当日接種後 /	1日後 /	2日後 /	3日後 /	4日後 /	5日後 /	6日後 /	7日後 /	8日後 /	9日後 /	10日後 /	11日後 /	12日後 /
記入時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
気分	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪
下記の症状の状態	☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️												
接種部位の痛み													
接種部位の腫れ													
接種部位の赤み													
頭痛													
筋肉痛 ( )													
関節痛 ( )													
疲労感													
腹痛													
立ちくらみ、めまい													
手足の痛み													
吐き気													
全身の力が入らない													
手足の力が入りにくい													
じんましん、息苦しさ													
失神													
鼻血、歯ぐきの出血、 生理の出血量の増加													
その他 (カッコ内に症状記載)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
生理の有無	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
お薬使用の有無	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
気が付いたことなど ご自由にご記入下さい													

日付	13日後 /	14日後 /	15日後 /	16日後 /	17日後 /	18日後 /	19日後 /	20日後 /	21日後 /	22日後 /	23日後 /	24日後 /	25日後 /
記入時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
気分	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪	良・普通・悪
下記の症状の状態	☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️												
接種部位の痛み													
接種部位の腫れ													
接種部位の赤み													
頭痛													
筋肉痛 ( )													
関節痛 ( )													
疲労感													
腹痛													
立ちくらみ、めまい													
手足の痛み													
吐き気													
全身の力が入らない													
手足の力が入りにくい													
じんましん、息苦しさ													
失神													
鼻血、歯ぐきの出血、 生理の出血量の増加													
その他 (カッコ内に症状記載)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
生理の有無	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
お薬使用の有無	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
気が付いたことなど ご自由にご記入下さい													