

[ 疫苗接种问卷（婴幼儿/学龄儿童为对象）

		诊察前体温		度
地址				
儿童姓名	男 女	出生日期	/ / (日/月/年)	
父母/监护人姓名			年龄 ( 年 月)	

提问项目	回答栏		医生意见栏
关于今天要注射的疫苗，是否已阅读市办公室发放的说明书？	是	否	
请回答关于儿童的以下问题。 出生体重 ( ) 克 分娩过程中是否有异常？ 出生后是否有异常？ 在婴儿体检中是否发现过异常？	是 是 是	否 否 否	
今天是否身体不适？ 如果是，请描述具体症状。( )	是	否	
最近一个月是否曾生病？ 疾病名称 ( )	是	否	
最近一个月家庭成员或玩伴中是否有患麻疹、风疹、水痘或腮腺炎的人？ 疾病名称 ( )	是	否	
从出生至今家庭成员或身边的人当中，是否有患结核的人？	是	否	
最近一个月是否接种过疫苗？ 疫苗名称 ( )	是	否	
从出生至今是否有因患先天异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病，接受医生诊察？ 疾病名称 ( )	是	否	
治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种（如适用）？	是	否	
过去是否有晕厥史（痉挛或阵发）？ 如果有，是在多大时发生的？( )	是	否	
当时是否发烧？	是	否	
是否曾因食物或药物出现皮疹（荨麻疹或“风疹”），或出现身体不适症状？	是	否	
近亲中是否有患先天免疫缺陷疾病的人？	是	否	
过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应？ 疫苗名称 ( )	是	否	
近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人？	是	否	
在过去 6 个月中是否曾接受输血，或注射一种叫做伽玛球蛋白的药物？	是	否	
您对今天的接种是否有任何疑问？	是	否	
医生意见栏 根据上述回答和诊察结果，判断今天的疫苗接种（可以实施/暂停实施）。 已向父母/监护人解释了接种疫苗的作用和副作用，以及预防接种健康被害救济制度(对接种出现相关不良反应的人所提供的救助制度)。 医生签名和名章：			

通过接受医生的诊察·说明，对接种疫苗的作用、目的和风险（包括严重的副作用），以及对预防接种健康被害救济制度等理解的基础上，（同意/不同意）接种疫苗。\*请在括号中选择的项目上画圈。  
 此问卷用于提高接种疫苗的安全性。理解上述声明并同意将此问卷提交给市办公室。

家长/监护人签名：

疫苗名称	剂量	实施机构/医生姓名/接种日期
疫苗名称 批号 [注意] 确认疫苗的有效日期是否过期。	※接种方法  毫升	实施机构： 医生姓名： 接种日期： / / (日/月/年)

注) 伽马球蛋白是一种注射用血液制品，用于预防甲肝等感染症，和治疗严重感染症。注射此制品 3 到 6 个月内的人，有可能出现麻疹疫苗等疫苗的效力降低。  
 ※ 关于 BCG 预防接种，关于“使用 BCG 专用针管的经皮接种”等，以及 5 联疫苗或 15 价肺炎球菌结合疫苗的接种，分别记载“皮下注射/肌肉注射”。

人类乳头瘤病毒感染症疫苗接种问卷

		诊察前体温		度
地址				
接受者姓名	男女	出生日期	出生于 / / (日/月/年) 年龄(年 月)	
父母/监护人姓名	男女	出生日期	年龄(年 月)	

※ 若接种者已年满 16 周岁，则无需填写相应部分。

提问项目	回答栏			医生意见栏
关于今天要注射的疫苗，是否已阅读市办公室发放的说明书？	是	否		
此次接种是第几次？	第一次	第二次	第三次	
(此次接种为第二次或第三次时填写)请填写以前接种的疫苗种类、接种日期及接种时的年龄。 (注 1) 疫苗种类请从①Cervarix (二价)、②Gardasil (四价)、③Silgard9 (九价)、④其他中选择一种，在对应的数字上画圈。 (注 2) 若是③Silgard9 (九价)，也可以采用共接种两次的方法完成接种，第一次接种在 14 周岁前进行，然后，间隔 5 个月以上进行第二次接种。 (注 3) 父母/监护人或接种者和医生请努力确认接种过的疫苗。若得不到记录，不知道疫苗种类，医生请填写“不清楚”。	第一次	年 月 日 岁		
	第二次	年 月 日 岁		
希望在今天接种哪一种类的疫苗？ (注) 疫苗种类请从①Cervarix (二价)、②Gardasil (四价)、③Silgard9 (九价) 中选择一种，在对应的数字上画圈。	① / ② / ③			
今天是否身体不适？ 如果是，请描述具体症状。( )	是	否		
最近一个月是否曾生病？ 疾病名称 ( )	是	否		
最近一个月是否曾接种过疫苗？ 疫苗名称 ( )	是	否		
从出生至今是否有因患先天异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病，接受医生诊察？ 疾病名称 ( )	是	否		
治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种(如适用)？	是	否		
过去是否有晕厥史(痉挛或阵发)？ 如果有，是在多大时发生的？ 约( )岁	是	否		
当时是否发烧？	是	否		
是否曾因食物或药物出现皮疹(荨麻疹或“风疹”)或出现身体不适症状？	是	否		
近亲中是否有患先天免疫缺陷疾病的人？	是	否		
过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应？ 疫苗名称 ( )	是	否		
近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应？	是	否		
是否存在怀孕的可能(例如月经比预定错后等)？ [注] 孕妇接种疫苗，应需要注意。	是	否		
您对今天的接种是否有任何疑问？	是	否		
医生意见 根据上述回答和访谈结果，决定今天的疫苗接种(可以实施/暂停实施)。 已向接种者(若接种者未满 16 周岁，则为父母/监护人)解释了接种疫苗的作用和副作用，以及预防接种健康被害救济制度(对接种出现相关不良反应的人所提供的救助制度)。				
医生签名和名章：				

通过接受医生的诊察·说明，对接种疫苗的作用、目的和风险(包括严重的副作用)，以及对预防接种健康被害救济制度等理解的基础上，(同意/不同意)接种疫苗。  
请在括号中选择的项目上画圈。

此问卷用于提高接种疫苗的安全性。理解上述声明并同意将此问卷提交给市办公室。

父母/监护人或接受接种者签名： \_\_\_\_\_  
(※若接种者未满 16 周岁，则为父母/监护人签名)

疫苗名称	剂量	实施机构/医生姓名/接种日期
疫苗名称 批号 [注] 确认疫苗的有效日期是否过期。	肌内注射  0.5 毫升	机构： 医生姓名： 接种日期： / / (日/月/年)

## 人类乳头瘤病毒感染症疫苗接种问卷（无家长/监护人陪伴时）

## 关于接种人类乳头瘤病毒感染症疫苗的说明

○ 家长/监护人：请一定阅读此文档。

※小学六年级～高中一年级年龄段须接种疫苗的学生（年满 16 周岁者除外。）家长/监护人：

以前要求家长陪伴子女接种疫苗，但对 13 岁以上（初中一年级～高中一年级（年满 16 周岁者除外。））的接种人类乳头瘤病毒感染症疫苗的学生，如果家长已经阅读、理解和同意该接种问卷的内容，并想让自己的孩子接种疫苗，只要家长在本接种问卷上签上自己的名字，即使没有家长陪同，其子女也可以接种疫苗。

（请确保您的孩子在接种当天携带此文档。）

在问卷上签名前，如果您对接种疫苗有任何疑问，请向您的医生、健康保健中心或居住地负责疫苗接种的行政机构咨询，以便您在做出关于是否接种疫苗的决定前，完全理解接种的作用和风险。

### 1. 人类乳头瘤病毒（HPV）感染症的症状

人类乳头瘤病毒是感染皮肤或粘膜的病毒，其种类有 100 多个。其中，主要感染粘膜的病毒，会通过性行为所发生的表皮小伤口，侵入到生殖器粘膜上。在国外，有性交经历的女性中，估计有 50% 以上女性在一生中至少感染一次。

感染粘膜为主的 HPV 当中，至少 15 种是从宫颈癌检测到的，被称之为“高危型 HPV”。在高危型 HPV 当中，两种称为 16 型和 18 型的病毒发病率很高，国外约 70% 的宫颈癌是由 HPV16、18 型病毒感染引起的。除了宫颈癌，估计国外至少 90% 的肛门癌，40% 的阴道癌、外阴肿瘤、阴茎癌均与这两种病毒有关。此外，目前已查明其他不属于高危型的病毒，是导致生殖器出现尖锐湿疣良性疣的原因。

### 2. 接种疫苗的作用和副作用

疫苗中含有几种人类乳头瘤病毒（HPV）病毒成分，接种疫苗的儿童，会获得针对这些病毒的免疫力。体内产生免疫力就不会患 HPV。但接种疫苗有时会伴随轻微的副作用。并在极罕见的情况下产生严重副作用。接种后有时会发生如下反应。

#### 人类乳头瘤病毒疫苗的主要副作用

主要副作用是发烧、局部反应（疼痛、发红、肿胀）。另外，接种疫苗后，有时会出现注射部位疼痛、心因性的反应等导致的昏厥。为防止因昏厥而跌倒等的发生，在接种后的 30 分钟左右，要让被接种人坐在能够承受体重的有靠背的沙发上，并且要观察被接种人的状态。

在极其罕见的重症副作用报告中，出现过过敏中毒反应（荨麻疹、呼吸困难甚至休克）、急性脱髓鞘性神经炎、急性血小板减少性紫癜（紫癜、鼻出血、口腔粘膜出血等）、急性播散性脑脊髓炎（ADEM）等病例报告。

※详情也请确认市办公室的网页及个别发送的信息提供宣传单等。

### 3. 救助接种疫苗时产生相关不良反应患者的制度（健康被害救灾制度）

○ 因定期预防接种引起的副作用需要在医疗机构进行治疗，或留下残疾等使日常工作生活收到受影响的人，将按照《预防接种法》由政府提供补偿。

○ 根据伤害的严重程度，支付医疗费用、医疗补助、残障儿童年金、残疾年金、一次性死亡补助以及丧葬费用，这些补偿按法律规定额度支付。所有补偿，除一次性死亡补助以及丧葬费用外，均持续支付直到治疗完成或健康状况好转。

○ 补偿将在政府评审委员会认定相关伤害由接种疫苗导致后向患者支付。该委员会由预防接种、感染医学、法律和其他相关学科的专家组成，将讨论接种疫苗和相关伤害之间的因果关系，即相关伤害是否由接种疫苗或其他因素（接种前后的感染或其他原因）导致。

\* 如果您认为需要申请补偿，请向接种前诊察的医生、保健所或市办公室的负责疫苗的部门咨询。

#### 4. 疫苗接种的注意事项

一般应在健康状况良好的时候接种。如果您的孩子身体不好，请咨询您的医生并决定是否为您的孩子接种。  
如果您的孩子符合以下标准之一，则不能接种疫苗。

- 1) 明显发热 (37.5° C 或以上)
  - 2) 严重的急性疾病
  - 3) 对接种疫苗的接种液成分有过敏反应史
  - 4) 其他, 医生认为不适当
- 目前, 怀孕的孕妇因属于需要注意的接种对象, 请咨询您的医生。

#### ○ 家长/监护人: 请一定阅读以下信息。

在仔细阅读和完全理解上述内容后, 请决定是否让您的孩子接种疫苗。如果决定接种, 请在家长/监护人签名栏签名。**没有您的签名, 您未满 16 周岁的孩子就不会被允许接种疫苗。**

如果您不想让孩子接种疫苗, 无需签字。

我已阅读关于人类乳头瘤病毒感染疫苗的说明书, 并且理解接种疫苗的作用和风险 (严重副作用) 以及救助因接种疫苗受到伤害患者的救济体制。在考虑这些因素后, 我允许我的孩子接种疫苗。

我理解此说明书是为帮助家长和监护人加深理解疫苗接种而拟订, 并同意将此表格提交市办公室。

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_

地 址: \_\_\_\_\_

紧急联系号码: \_\_\_\_\_

※ 此表格用于无家长/监护人陪伴的接种人类乳头瘤病毒感染疫苗的人。确保您未满 16 周岁的孩子无人陪伴时提交此表格并接种疫苗。  
**没有您的签名, 您未满 16 周岁的孩子就不会被允许接种疫苗。**

问卷栏

		诊察前体温		度
地址				
儿童姓名	男女	出生日期	出生于 / / (日/月/年) 年龄 ( 年 月)	

提问项目	回答栏			医生意见栏
关于今天要进行接种，是否已阅读市办公室发放的说明书？	是	否		
此次接种是第几次？	第一次	第二次	第三次	
(此次接种为第二次或第三次时填写) 请填写以前接种的疫苗种类、接种日期及接种时的年龄。 (注1) 疫苗种类请从○Cervarix (二价)、●Gardasil (四价)、●Silgard9 (九价)、●其他中选择一种，在对应的数字上画圈。 (注2) 若是●Silgard9 (九价)，也可以采用共接种两次的方法完成接种，第一次接种在14周岁前进行，然后，间隔5个月以上进行第二次接种。 (注3) 父母/监护人或接种者和医生请努力确认接种过的疫苗。若得不到记录，不知道疫苗种类，医生请填写“不清楚”。	第一次	年 月 日 岁 ① / ② / ③ / ④		
	第二次	年 月 日 岁 ① / ② / ③ / ④		
希望在今天接种哪一种类的疫苗？ (注) 疫苗种类请从○Cervarix (二价)、●Gardasil (四价)、●Silgard9 (九价) 中选择一种，在对应的数字上画圈。	① / ② / ③			
今天是否身体不适？ 如果是，请描述疾病的症状。( )	是	否		
最近一个月是否曾生病？ 疾病名称 ( )	是	否		
最近一个月是否接种过疫苗？ 疫苗名称 ( )	是	否		
从出生至今是否有因患先天异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病，接受医生诊察？ 疾病名称 ( )	是	否		
治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种(如适用)？	是	否		
该儿童过去是否有晕厥史(痉挛或阵发)？ 如果有，是在多大时发生的？ 约 ( ) 岁	是	否		
当时是否发烧？	是	否		
是否曾因食物或食物出现皮疹(荨麻疹或“风疹”)或出现身体不适症状？	是	否		
近亲中是否患有先天免疫缺陷疾病的人？	是	否		
过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应？ 疫苗名称 ( )	是	否		
近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人？	是	否		
是否存在怀孕的可能(例如月经比预定错后等)？ [注意] 孕妇接种疫苗，需要注意。	是	否		
在考虑到其既往病史和健康状况，接种当天的身体状况后，您是否同意您的孩子接种疫苗？ 我(同意/不同意)*我的孩子接种疫苗。*请在括号中选择的项目上画圈。 此问卷用于提高接种疫苗的安全性。我理解上述声明并同意将此问卷提交给市办公室。 家长/监护人签名：				

医生意见 根据上述回答和诊察结果，判断今天的疫苗接种(可以实施/暂停实施)。 已向本人解释了接种疫苗的作用和副作用，预防接种健康被害救济制度(对接种出现不良反应的人所提供的救助制度)。 医生签名和名章：
--

疫苗名称	剂量	实施机构/医生姓名/接种日期
疫苗名称 批号 注意：确认疫苗的有效日期是否过期。	肌内注射 0.5 毫升	实施机构： 医生姓名： 接种日期： / / (日/月/年)

乙肝疫苗接种问卷

		诊察前体温		度
地址				
儿童姓名	男	出生日期	/ / (日/月/年)	
父母/监护人姓名	女		年龄 ( 年 月)	

提问项目	回答栏		医生意见栏
关于今天要注射的疫苗，是否已阅读市办公室发放的说明书？	是	否	
请回答关于儿童的以下问题。 出生体重 分娩过程中是否有异常？ ( ) 克 出生后是否有异常？ 在婴儿体检中是否发现过异常？	是	否	
今天是否身体不适？ 如果是，请描述具体症状。( )	是	否	
最近一个月是否曾生病？ 疾病名称 ( )	是	否	
最近一个月家庭成员或玩伴中是否有患麻疹、风疹、水痘或腮腺炎的人？ 疾病名称 ( )	是	否	
最近一个月是否接种过疫苗？ 疫苗名称 ( )	是	否	
从出生至今是否有因患先天异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病，接受医生诊察？ 疾病名称 ( )	是	否	
治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种（如适用）？	是	否	
过去是否有晕厥史（痉挛或阵发）？ 如果有，是在多大时发生的？( )	是	否	
当时是否发烧？	是	否	
是否曾因食物或药物出现皮疹（荨麻疹或“风疹”），或出现身体不适症状？	是	否	
近亲中是否有患先天免疫缺陷疾病的人？	是	否	
过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应？ 疫苗名称 ( )	是	否	
近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人？	是	否	
在过去 6 个月中是否曾接受输血，或注射一种叫做丙种球蛋白的药物？	是	否	
为预防母子感染，出生后是否有接种过乙肝疫苗	是	否	
您对今天的接种是否有任何疑问？	是	否	
<p>医生意见栏 根据上述回答和诊察结果，判断今天的疫苗接种（可以实施/暂停实施）。 已向父母/监护人解释了接种疫苗的作用和副作用，以及预防接种健康被害救济制度(对接种出现相关不良反应的人所提供的救助制度)。</p> <p style="text-align: center;">医生签名和名章：</p>			

<p>通过接受医生的诊察·说明，对接种疫苗的作用、目的和风险（包括严重的副作用），以及对预防接种健康被害救济制度等理解的基础上，（同意/不同意）接种疫苗。*请在括号中选择的项目上画圈。 此问卷用于提高接种疫苗的安全性。理解上述声明并同意将此问卷提交给市办公室。</p> <p style="text-align: center;">家长/监护人签名：</p>
---

疫苗名称	剂量	实施机构/医生姓名/接种日期
疫苗名称 批号 [注意] 确认疫苗的有效日期是否过期。	※（皮下注射）  毫升	实施机构： 医生姓名： 接种日期： / / (日/月/年)

### 轮状病毒感染症预防接种问卷

\*监护人请在粗线框内填写。

地址 〒		接种日期	令和 年 月 日
		诊察前体温	度 分
儿童姓名		电话	( ) -
		男 · 女	
监护人姓名		出生日期	令和 年 月 日出生 (出生满 周 天) <small>*“出生满〇周〇天”是指把出生日的次日作为第一天计算的天数。</small>
		第1次时，是否确认了今天出生还未来满14周6天？	

提问项目	回答栏			医生意见栏
	第1次	第2次	第3次	
这是第几次接种？	第1次	第2次	第3次	
请填写迄今为止的接种日期。(仅限于非首次接种的情况) <small>*确认从上次的轮状病毒疫苗接种间隔了27天以上</small>	第1次	年 月 日		
关于今天要注射的疫苗，是否已阅读地方政府办公室发放的说明书？	是	否		
是否理解了今天的预防接种产生的效果或不良反应？	是	否		
是否接受了肠套叠症状相关的说明，并且对此有了理解？	是	否		
请回答关于儿童的以下问题。				
出生体重				g
分娩过程中是否有异常？	有过	没有		
出生后是否有异常？	有过	没有		
在婴儿体检中是否发现过异常？	是	否		
今天是否身体不适？	是	否		
如果是，请描述具体症状。( )				
最近1个月内是否曾生病？	是	否		
疾病名称( )				
最近1个月家庭成员或玩伴中是否有患麻疹、风疹、水痘、腮腺炎的人？	是	否		
疾病名称( )				
最近1个月内是否接种过疫苗？	是	否		
疫苗名称( ) 接种日期( )				
以前是否曾患过肠套叠症状？或者有未治好的先天性消化道畸形？ <small>*如果是，就不能接种轮状病毒疫苗。</small>	是	否		
以前是否曾被诊断过免疫缺陷？或者反复患过肺炎、中耳炎等感染症或腹泻，或者出现过体重增加异常？ <small>*可能无法接种轮状病毒疫苗。</small>	是	否		
以前是否曾患过先天性异常，以及肠胃疾病、心脏、肾脏、肝脏、血液、脑神经等疾病，并且接受了医生诊察？	是	否		
疾病名称( )				
治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种(如适用)？	是	否		
过去是否有晕厥史(阵发性痉挛或者惊厥)？如果有，那么是何时？( 个月前)	是	否		
当时是否发烧？	是	否		
是否曾因药物或食物出现皮疹(荨麻疹或者风疹)，或出现身体不适状况？	是	否		
药物或食品名称( )				
过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应？	是	否		
疫苗名称( )				
母亲怀孕期间是否服用过抑制免疫力的药物？	是	否		
药物名称( )				
近亲中是否有患先天性免疫缺陷疾病的人？	是	否		
近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人？	是	否		
过去是否曾接受输血，或者注射一种叫做丙种球蛋白的药物？	是	否		
您对今天的注射是否有任何疑问？	是	否		

#### 医生意见栏

根据上述回答和诊察结果，判断今天的疫苗接种(可以实施/暂停实施)。  
已向监护人解释了接种疫苗的作用和副作用(尤其肠套叠症状)，以及预防接种健康被害救济制度(对接种出现相关不良反应的人所提供的救助制度)。

医生签名或者签字盖章：

#### 监护人填写栏

通过接受医生的诊察和说明，对接种疫苗的作用、目的和严重的副作用(尤其肠套叠症状)，以及对预防接种健康被害救济制度等理解的基础上，(同意/不同意)接种疫苗。 \*请在括号中的选项上画圈。

此问卷用于提高接种疫苗的安全性。理解上述声明并同意将此问卷提交给地方政府办公室。

监护人签名：

疫苗名称	剂量		实施机构·医生姓名·接种日期			
疫苗名称	经口接种		实施机构			
Lot No.	RotaTeq® 2mL	Rotarix® 1.5mL	医生姓名			
(注) 确认疫苗的有效日期是否过期。			接种日期	令和	年	月 日