附件2

预防接种通知书/预检登记

 家长（监护人）：

您好！

为保护孩子健康成长，请于 年 月 日（上午/下午）带您的孩子

到 预防接种门诊按时接种二价HPV疫苗。为减少疫苗接种反应，避免偶合或加重其他疾病，预防接种工作人员需在接种前了解孩子的健康状况，请您务必如实、完整地填写以下内容。

通知人： 咨询电话： 日期：

**…………………………** **家长（监护人）填写以下内容………………………………**

1. 儿童出生史：①早产 ②足月顺产 ③难产 ④剖腹产 ⑤不详
2. 既往重大病史：①有（病名： ；发病时间： ；是/否痊愈） ②无
3. 既往过敏史

（1）药物过敏史：①有（药物名称： ；反应情况： ；) ②无

（2）疫苗过敏史：①有（疫苗名称： ；反应情况： ；) ②无

（3）其它过敏史：①有（过敏物质： ；反应情况： ；) ②无

4. 家庭病史：①有（病名： ；发病时间： ；目前状况： ；) ②无

5. 目前健康状况

（1）有无发热：①有（已发热 天；原因： 体温： °C；测量时间： ) ②无

（2）有无腹泻：①有（已腹泻 天； 次/天）②无

（3）有无其它疾病：①有（病名： ）②无

（4）是否服用免疫抑制药物：①有（药物名称： ) ②无

6. 接种单位是否已告知所接种疫苗品种、作用、禁忌、可能出现的不良反应以及注意事项：

①是 ②否

7. 其它需要说明的问题：

家长（监护人）签字： 联系电话： 日期：

**…………………预防接种前预检记录（医务人员填写以下部分）………………………**

1. 认真检査家长（监护人）填写的内容；
2. 再次询问家长（监护人）目前儿童健康状况以及是否有预防接种禁忌等情况；
3. 对一般状况较差或家长（监护人）、预检人员认为异常的儿童进行体检；

①体温： °C；②脉搏： 次/分；③血压： Kpa；

④其它检査结果：

4. 预防接种单位意见（请在所选选项后的括号内打“√”，并在横线上填写具体内容）：

（1）未发现HPV疫苗接种禁忌症，可接种；

（2）因 应暂缓接种；

（3）因 不能接种。

 预检人员签字： 日期：