

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン

キャッチアップ接種

【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】 ※いずれかに○をしてください。

◎ この用紙の裏面をよく読みましょう。

◎ 2回目、3回目も、原則同じワクチンで接種を受けてください。

次回は【サーバリックス・ガーダシル・シルガード9】を 月 日に接種を受けてください。

◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

※ 予防接種を見合わせた理由〔 〕

令和 年 月 日

(1回目・2回目・3回目)

筋肉内 0.5ml

接種部位(左・右)上腕部

子宮頸がん予防(HPV)ワクチン 予診票

◎ 接種当日に該当項目に記入、もしくは○で囲んでください。(※印は記入しないでください。)

| | | |
|---------|-------|-----------|
| 住所・電話 | 大阪市 区 | 電話 |
| 受ける人の氏名 | 女 | 受ける人の生年月日 |

令和 年 月 日

(1回目・2回目・3回目)

筋肉内 0.5ml

| 質問事項 | 回答欄 | 医師の確認欄 |
|---|--|--------|
| 1. 今日受ける予防接種についての説明(この用紙の裏面)を読み、理解しましたか。 | はい いいえ | |
| 2. 今回の接種は何回目ですか。 (2回目以降の場合)これまで接種した日付、ワクチンの種類を記入してください。 ※ワクチンの種類は ①サーバリックス(2価) ②ガーダシル(4価) ③シルガード9(9価) ④その他 の内 いずれか一つを○で囲んでください。 ※保護者又は被接種者・医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。 記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。 | 1回目 2回目 3回目 年月日 ①/②/③/④ 2回目 年月日 ①/②/③/④ | |
| 3. 今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか。 ※ワクチンの種類は ①サーバリックス(2価) ②ガーダシル(4価) ③シルガード9(9価) の内 いずれか一つを○で囲んでください。 | ①/②/③ | |
| 4. 今日、身体に具合の悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。() | はい いいえ | |
| 5. 最近1ヶ月以内に病気やケガでお医者さんにかかりましたか。 病名() 時期()頃 | はい いいえ | |
| 6. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名() その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。 | はい いいえ はい いいえ | |
| 7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。回数()最後におこした時期()歳頃 その時に熱は出ましたか。 | はい いいえ はい いいえ | |
| 8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい いいえ | |
| 9. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類() | はい いいえ | |
| 10. これまでに予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類() それはどんな状態でしたか() | はい いいえ | |
| 11. 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。 | はい いいえ | |
| 12. 近親者の中で予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。 | はい いいえ | |
| 13. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。 | はい いいえ | |
| 14. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に() | はい いいえ | |

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)

と判断します。本人または保護者に対して、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

※ 体温測定 度 分

| | |
|--|-------------------|
| 15. 医師の診察・説明を受け、子宮頸がんの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うえで、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 | 被接種者自署 (フルネームで記入) |
|--|-------------------|

※ 使用ワクチン名

※ 実施場所

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※ 接種部位(左・右)上腕部

※ 接種医師名

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。

この部分の裏面は、予防接種予診票の副票になっています。

副票はこの予防接種の証明となりますので、

大切に保管してください。

子宮頸がん予防(HPV)ワクチンとは、子宮頸がんから最も多く検出されるHPV(ヒトパピローマウイルス)の16型・18型に対する抗原を含む不活化ワクチンです。現在、無料で接種できるワクチンには9価(シルガード9)・4価(ガーダシル)・2価(サーバリックス)の3種類があり、9・4価ワクチンはHPV16型・18型の2種類以外に尖圭コンジローマ(生殖器にできる良性のイボ)の主要な原因となるHPV6型・11型に対する抗原を含みます。このワクチンは、HPVに感染前の女性に接種することが効果的です。

1. 予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に医師に質問してください。

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。責任を持って記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

(2) 予防接種を受けることができない方

①明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)

②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方

③このワクチンの成分に対して過敏症(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応を含む)をおこしたことがある方

④その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方

(3) 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない方

①血小板が少ない方や出血しやすい方

②心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方

③過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方

④過去にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがある方

⑤過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは先天性免疫不全と診断された近親者がいる方

⑥妊婦あるいは妊娠している可能性のある方(3回の接種期間中を含む)

⑦現在、授乳中の方

2. 予防接種の受け方

[接種予約] 委託医療機関へ電話などで申し込んでください。

※委託医療機関一覧について 大阪市ホームページに掲載している「子宮頸がん予防ワクチンの接種について」をご覧ください。

[接種当日] 予診票及び医療機関にある実施申込書に必要事項を記入していただき、体温を測定し、医師の診察により、接種できるかどうかの判定を行います。この結果接種できるときには、自署(サイン)していただいてから接種します。

当日、発熱等の理由により接種できなかった場合には、改めて予診票に記入し、医療機関から指示された日時に接種を受けてください。

3. 予防接種の主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応(疼痛、発赤、腫脹)です。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状(ショック症状、じんましん、呼吸困難など)、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)等が報告されています。

4. 接種を受けた後の注意事項

(1) 接種を受けた後に、重いアレルギー症状や血管迷走神経反射として失神が起こることがありますので、失神による転倒等を防止するため、注射後の移動の際には、保護者又は医療従事者に腕を持つなどして付き添ってもらい、接種後30分間はそのまま座って様子を見るようにし、30分たってから医療機関を出るようにしましょう。

(2) 接種後は副反応の出現に注意し、症状がある場合はすみやかに医師の診断を受けてください。

(3) 入浴は差し支えありませんが、注射部位をこするのはやめましょう。

(4) 接種当日は、体調の変化に気を配り、激しい運動はさけましょう。

(5) 予診票の控えは、大切に保管しておいてください。

5. 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会において審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、お住まいの区保健福祉センターへご相談ください。