

ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症 予防接種予診票 (9価HPVワクチン)		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			
		診察前の体温	度	分	
住 所	久留米市				
フリガナ		女	電話 ()		
受ける人の氏名		生年 月日	年	月	日生 (満 歳)
年 齢 区 分	1. 小学6年生 2. 中学1年生 3. 中学2年生 4. 中学3年生 5. 高校1年生相当				
質 問 事 項 () 内に数字、○印など記入してください			回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか			いいえ	はい	
2. (2回目以降の方のみ) これまでに接種した日付・ワクチンの種類を記入してください (注1) ワクチンの種類は、サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード9(9価)のいずれかを○で囲んでください。 (注2) 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」を記入してください。			1回目	年 月 日 2価 / 4価 / 9価	
			2回目	年 月 日 2価 / 4価 / 9価	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()			はい	いいえ	
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()			はい	いいえ	
5. 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()			はい	いいえ	
6. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()			はい	いいえ	
・その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか			いいえ	はい	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃			はい	いいえ	
・そのとき熱が出ましたか			はい	いいえ	
8. 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことが ありますか(薬、食品名)			はい	いいえ	
9. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか			はい	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前 ()			あ る	な い	
11. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか			はい	いいえ	
12. 現在妊娠している、または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 (注)妊娠している方への接種には注意が必要です。			はい	いいえ	
13. 今日の予防接種について質問がありますか			はい	いいえ	
医師記入欄					
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(見合わせた方がよい ・ 実施できる)と判断します。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人)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					
本人・保護者記入欄					
説明文書または医師の診察・説明を受け、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、接種することを希望しますか (希望しません ・ 希望します) この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出される ことに同意します。 ①保護者または被接種者自署 ※被接種者が16歳未満の場合は保護者の自署					
使用ワクチン名		接種方法・接種量		実施場所・医師名・実施年月日	
ワクチン名		筋肉内接種(右腕・左腕)		実施場所	
Lot No.		0.5 ml		医師名	
				実施年月日 年 月 日	
(13歳以上16歳未満で保護者同伴なしの場合のみ記入) 子宮頸がん予防(HPV)ワクチンを受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び 予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。 ②保護者自署 緊急の連絡先					
住 所					

※ 13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合は、予診票の①②の2か所に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。
※ 16歳以上は本人の同意のみで接種可能です。 R8.4 久留米市
ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症

HPV(ヒトパピローマウイルス)の予防接種について

ヒトパピローマウイルス感染症について

ヒトパピローマウイルス(HPV)は、性的接触のある女性であれば50%以上が生涯で一度は感染するとされている一般的なウイルスです。子宮頸がんをはじめ、肛門がん、膣がんなどのがんや、尖圭コンジローマ等、多くの病気の発生に関わっています。特に、近年若い女性の子宮頸がん罹患が増えています。

ワクチンの効果と副反応

【効果】

HPVの中には子宮頸がんをおこしやすい種類(型)のものがあり、HPV ワクチンは、このうち一部の感染を防ぐことができます。定期接種で使用するシルガード9は、子宮頸がんをおこしやすい種類であるPV16型と18型に加え、31型、33型、45型、52型、58型の感染も防ぐため、子宮頸がんの原因の80〜90%を防ぎます。

【副反応】

HPV ワクチン接種後に見られる主な副反応として、発熱や接種した部位の痛みや腫れ、注射による痛み、恐怖、興奮などをきっかけとした失神などが挙げられます。

発生頻度	9価ワクチン(シルガード®9)
50%以上	疼痛*
10〜50%未満	腫脹*、紅斑*、頭痛
1〜10%未満	浮動性めまい、悪心、下痢、そう痒感*、発熱、疲労、内出血*など
1%未満	嘔吐、腹痛、筋肉痛、関節痛、出血*、血腫*、倦怠感、硬結*など
頻度不明	感覚鈍麻、失神、四肢痛など

シルガード®9添付文書(第1版)より改編

*接種した部位の症状

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱(通常37.5℃以上)をしている人
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. HPVの予防接種に含まれる成分で、*アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな人
4. その他、医師が不適当な状態と判断した場合

上の1〜4に当てはまらなくても医師が接種不適当と判断した時は、予防接種を受けることはできません。

*アナフィラキシー：

通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。汗がたくさん出る、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出るほか、はきけ、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状やショック状態になるような、はげしい全身反応のことです。

予防接種を受ける際に注意を要する場合

以下に該当すると思われる方は、かかりつけ医に相談し、予防接種を受けてよいかどうか判断してもらいましょう。

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育障害などで治療を受けている人
2. 予防接種で、接種後2日以内に発熱がみられた人及び発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられた人
3. 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある人
4. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる人
5. ワクチンにはその製造過程において培養に使う卵の成分、抗菌薬、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことのある人

予防接種を受けた後の注意

1. 予防接種を受けた後に、痛みや緊張のために血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるので、接種後の移動は付き添ってもらい、接種後30分程度は体重を預けられる場所に座り、医療機関で様子を観察しましょう。
2. 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
4. 接種当日は、はげしい運動は避けましょう。
5. 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

※非常にまれですが、予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定した時は、市町村により給付が行われます。久留米市保健所保健予防課までご相談ください。