

市提出用

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種予診票

対象年齢：12歳になる年度初日から16歳になる年度末日までの女子（小学6年～高校1年相当）

松戸市	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分					
接種回数	サーバリックス	： 1回	【	年	月	日】	2回	【	年	月	日】	3回	
	ガーダシル	： 1回	【	年	月	日】	2回	【	年	月	日】	3回	
	※シルガード	： 1回	【	年	月	日】	2回	【	年	月	日】	3回	
※1回目が15歳未満の場合、合計2回で完了することもできます。（ただし、1回目と2回目は5ヶ月以上の間隔が必要）													
住所	松戸市						TEL						
予防接種番号	[] [] [] [] [] [] []						生年月日	西暦	年	月	日		
ふりがな							(満 歳 か月)						
受ける人の氏名							保護者氏名						
接種日時時点で松戸市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります (ない・ある)													

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 日 :)	はい	いいえ	
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	
【"はい"と回答した場合】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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹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	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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	
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 (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	
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 実施できる・見合わせたほうがよい(理由:) 本人又は保護者に対して、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。	医師の自筆署名(又は記名押印)
-----------	--	-----------------

保護者 記入欄	市町村から配布されている「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を 受けるにあたっての説明」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、さらに、 あなたのお子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、 お子さんに接種することに同意しますか 同意します ・ 同意しません ※どちらかを○で囲んでください なお、本説明書が保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために 作成されたこと及び本予診票が予防接種の安全性の確保を目的としている 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。	保護者(接種を受ける者が既婚者 の場合は本人)の自筆署名
住所		緊急の連絡先

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種(見合わせ)年月日
ワクチン名	筋肉内接種 0.5mL	実施場所:
Lot No.		医師名:
有効期限 年 月 日		接種(見合わせ)年月日:西暦 年 月 日

キリトリ線

医療機関控用

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種

被接種者氏名 () 生年月日 年 月 日
 住所 松戸市 TEL
 接種(見合わせ)年月日 年 月 日 使用ワクチン名 Lot No.

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

用出番号

保護者の方へ：必ずお読みください

※【予防接種の対象となっている小学校6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様(満16歳以上の者を除く。)]をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上(中学1年生～高校1年生(満16歳以上の者を除く。))の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合、この予診票に自筆による署名をすることによって、保護者が、同伴しなくともお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

(当日は、この用紙を必ず持参させてください。)

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住いの市町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分類されています。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微小なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染する HPV のうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型 HPV」と呼ばれています。高リスク型 HPV の中でも16型、18型とよばれる2種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、海外において少なくとも90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク型に属さない種類のものは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因になることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチン中には、いくつかの種類ヒトパピローマウイルス (HPV) のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPVにかかることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀にですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応

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。

3 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、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱(通常37.5℃以上をいいます)がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ 受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

○ 保護者の方へ：下記事項をよくお読みください

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、予診票の「保護者の自筆署名」の欄に自筆による署名及び必要事項を記入してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)

接種を希望しない場合には、「保護者の自筆署名」の所には何も記載しないでください。