

不応用の同意書

(ヒトパピローマウイルス感染症予防接種)

接種する HPV (子宮頸がん予防) ワクチンにチェック してください。

サーバリックス (HPV 16・18型)

ガーダシル (HPV 6・11・16・18型)

説明書

私は、予防接種対象者 _____ 様のヒトパピローマウイルス感染症
に対するワクチンの接種に関して、目的、必要理由、効果、副反応について、

{ 保護者 _____ 様 } に対し、十分説明しました。
{ 本人 _____ 様 }

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明した医師 署名 _____

同意書

ヒトパピローマウイルスに対するワクチンの接種に関して下記の効能・効果に関する説明を十分理解し、納得したうえで、自らの判断で接種させることを希望します。

〈効能・効果〉

ヒトパピローマウイルス (HPV) のうち、サーバリックスは16・18型、
ガーダシルは6・11・16・18型の感染を予防します。

〈効能・効果に関連する注意点〉

- ① サーバリックス・ガーダシルの対象としているそれぞれの HPV 型以外の感染に対する予防効果は確認されていません。
- ② 接種の時点で、既に感染していた HPV を排除する効果はありません。
- ③ ワクチンの効果が、どのくらい持続するのかわかっていません。
- ④ ワクチンの接種によって、子宮頸がんがどの程度減少するのかわかっていません。
- ⑤ ワクチンの接種は、定期的な子宮頸がん検診の代わりにはなりません。
- ⑥ その他の性感染症および避妊に対する効果はありません。
- ⑦ ワクチン接種から長期間が経過した後に発生する副反応については不明です。

現住所 姫路市 _____

予防接種対象者 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 _____ 署名 _____

(予防接種対象者との続柄: _____)