

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(1回目・2回目・3回目)

(子宮頸がん予防)

予防接種の説明を必ず読み、太枠内・裏面の必要事項を記入してください。(裏面もご記入ください。)

接種券をのり付けしてください		接種歴(当てはまるものに○をつけてください)	
		1回目	サーバリックス・ガーダシル・シルガード9・不明 20 年 月 日・不明
		2回目	サーバリックス・ガーダシル・シルガード9・不明 20 年 月 日・不明
住所	Tel() - ※接種日において姫路市に住民票がある方のみ接種できます。		
受ける人の氏名	性別	女	生年月日 平成 年 月 日(満 歳 か月)
保護者の氏名※	続柄 ()	保護者の同伴	あり・なし 「なし」の場合緊急連絡先 TEL () -

※接種を受ける人が満16歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	度	分	
今日受ける予防接種について、姫路市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	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	
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	はい	いいえ	
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	
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、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか (注)妊娠または妊娠している可能性のあ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・見合わせた方がよい※)と判断します。
	保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合には本人)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。 ※見合わせの理由()
医師署名又は記名押印 _____	

●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た上で、接種します。	左記の2点について どちらかを○で囲んでください。(同意します・同意しません)
	保護者又は被接種者自署(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)
●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、本予診票を姫路市に提出します。	保護者が委任した人(連れてきた人) _____ 続柄 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所
Lot No.		医師名
※有効期限が切れていないか確認	0.5 ml	接種年月日 20 年 月 日

確認書

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、次の効能・効果・副反応について確認しました。

【効能・効果】

- ① サーバリックスおよびガーダシルは、子宮頸がんをおこしやすいタイプであるHPV16型と18型の感染を予防します。(子宮頸がんの原因ウイルスの約50～70%)
シルガード9はHPV16型と18型に加え、ほかの5種類のHPVの感染も予防します。(子宮頸がんの原因ウイルスの約80～90%)
- ② ワクチンの効果の持続は、少なくとも12年程度は維持される可能性があります。
- ③ 海外や日本で行われた調査では、ワクチンの接種によって、子宮頸がんの前がん病変を予防する効果が示されています。また、接種が進んでいる一部の国では、子宮頸がんそのものを予防する効果があることもわかってきています。

【効能・効果・副反応に関する注意点】

- ① HPVワクチンの対象としている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 ワクチンの接種は子宮頸がん検診の代わりにはなりません。
- ④ その他の性感染症及び、避妊に対する効果はありません。
- ⑤ ワクチン接種後の主な副反応として、接種部位の痛み・腫れ・発熱、注射による痛みや心因反応による失神、稀ですが、重い副反応が起こることがあります。
- ⑥ 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

保護者又は被接種者署名※ (予防接種対象者との続柄:)

※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署