02　　HPV予防接種予診票（**ガーダシル**）　千葉市　　02 HPV4

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

接種回数	/　←1回目は1、2回目は2、3回目は3を記入してください　対象者小学6年生～高校1年生相当の年齢		
住所	千葉市　　区	電話	—　　—
予防接種番号		実施日	※医療機関記載欄
フリガナ	性別	西暦	20　年　月　日
氏名		保護者氏名	
生年月日	西暦　年　月　日	子の満年齢	歳　か月

（↑予防接種番号シールをはってください）　診察前の体温　度　分

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、裏面の案内や千葉市から配られている説明書を読みま	いいえ	はい	
（2回目以降の接種の場合）　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	1回目	2回目	
（注）①ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ(2価)、②ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ(4価)、③その他のうち、①～③のいずれかを○で囲んでください。記録等が得られず、不明な場合は、医師が「不明」と記入ください。	年　月　日 ①／②／③	年　月　日 ①／②／③	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。　病名（　　月　　日：　　）	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名（　　月　　日：　　）	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。　日付: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（投薬など）を受けていますか。　病名（	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	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。（　　歳　　か月頃）	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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	
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。 予防接種名（	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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。 **※妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。**	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合（　　）	はい	いいえ	

メーカー名				実施医療機関名		コード	
Lot.No.							
有効期限	西暦　年　月　日						
接種の適否		接種量			接種医師名（接種否の場合は判定医師）	コード	
/	1．適 2．否	1	0.5ml	筋肉内接種			

医師の記入欄
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

保護者（または代理者）の記入欄（保護者（または代理者）が同伴する場合、または、接種を受ける人が16歳以上の場合は本人）
（※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です）
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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**　）。　※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者（または代理者、接種を受ける人が16歳以上の場合は本人）自署

保護者の記入欄兼同意書（接種を受ける人が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合）
HPV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・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**　）。

※かっこの中のどらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。

保護者自署
住　　所
緊急の連絡

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

HPV予防接種　（被接種者控用）【1回目・2回目・3回目】
1　被接種者氏名（　　）　生年月日　　年　月　日
2　住所　千葉市　　区
3　医療機関名
4　接種年月日　　年　月　日　　メーカー名　LotNo.

HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症

HPV予防接種は、いくつかの発がん性HPVのうち、子宮頸がんから多く見つかる発がん性HPV16型やHPV18型等から感染を防ぐことができます。
ただし、ワクチンを接種しても全ての発がん性HPVを予防できるわけではないため、20歳を過ぎたら定期的な子宮がん検診が必要です。

【病気の説明】
ヒトパピローマウイルス感染症は、子宮頸がんの原因と言われています。多くの場合感染は一過性ですが、長期間感染することにより子宮頸がんの発がんリスクが高まります。子宮頸がんは、子宮頸部と呼ばれる子宮の入り口に発生するがんで、20代～30代の女性での発症が増加傾向にあると報告されています。
なお、感染ルートについては、性交渉による感染が主な原因となっています。

【副反応】
(1) 主な副反応
主な副反応は、注射部分の痛み・かゆみ・赤み・腫れや胃腸症状、筋肉の痛み、関節の痛みなどです。時に、軽度の発熱、倦怠感、発疹などが現れることもあります。また、血管迷走神経反射により失神などの副反応が出る可能性があるため、必ず接種後30分間はその場で安静にするようにしてください。
(2) 重い副反応
重い副反応としては、まれにアナフィラキシー様症状（血管浮腫、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、急性散在性脳背髄炎などが現れる可能性があります。

【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
②重い急性疾患にかかっている方
③受ける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方
④現在、妊娠している場合
⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしなくてはいけない方】
①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害などの基礎疾患のある方
②過去に予防接種で、接種後２日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
③受ける予防接種の接種液の成分に対して、アレルギーを起こす恐れがある方
④過去にけいれん(ひきつけ)を起こした方
⑤過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方

【予防接種を受けたあとの一般的注意点】
①予防接種を受けたあと30分間は、アナフィラキシー様症状など重篤な副反応が起こる場合や、血管迷走神経反射で失神が起こる場合があります。
その場でしばらく待つか、すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。
②不活化ワクチンでは1週間は副反応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。
④接種当日は、激しい運動は避けましょう。

【健康被害救済制度について】
予防接種を受けた後、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、かかりつけ医の診察を受け、医療政策課までご連絡ください。障害を残すなどの健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づく健康被害救済制度が受けられる場合があります。