

今日の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目	診察前の体温	度	分
住所	石狩市			電話	-	-
受ける人の氏名				生年月日		
保護者氏名※				年	月	日生
				(接種時年齢 歳 か月)		

※ 受ける人が16歳以上の場合は保護者氏名への記載は必要ありません。

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面などの説明及び注意事項を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
今日が2回目以降の場合、これまでに接種した日付・接種時年齢 ワクチンの種類を記入してください ※ シルガード9(9価)は初回を14歳までに接種後、2回目を5ヶ月以上の間隔を おいて接種すると2回で完了となります。 ※ 保護者又は被接種者及び医師は、接種歴の確認に努めてください。 わからない場合は医師が「不明」と記入してください。	1回目 年 月 日 歳 シルガード9(9価) ガーダシル(4価) サーバリックス(2価) その他 2回目 年 月 日 歳 シルガード9(9価) ガーダシル(4価) サーバリックス(2価) その他		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ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	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 ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 被接種者(15歳以下の場合には保護者)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することに【 同意します ・ 同意しません 】 ※かつこのどちらかを○で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が石狩市に提出されることに同意します。
 (注) 接種を受ける人が15歳以下の場合には保護者の自署が必要です。
 (注) 接種を受ける人が13~15歳で保護者が同伴しない場合は、裏面の保護者同意書署名が必要です。

保護者又は接種を受ける人(16歳以上)の自署 _____

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日			
<input type="checkbox"/> シルガード9(9価) <input type="checkbox"/> ガーダシル(4価) <input type="checkbox"/> サーバリックス(2価) Lot No.	筋肉内注射 0.5mL 接種部位: 上腕三角筋部 (右・左) 大腿四頭筋部 (右・左)	医療機関名	医師名	年	月
【注】有効期限が切れていないか確認		接種年月日		日	時

※保護者の方へ 予防接種を受ける前に必ずお読みください。

対象の小学6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様（16歳以上の方を除く）のうち13～15歳の方が接種の際は、保護者が下記の説明文などを読み、理解し納得して予防接種を受けさせることを希望する場合に、下段の同意書に署名することにより保護者が同伴しなくても接種することができます。

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16・18型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・外陰部・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他の種類のものは、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

ワクチンの中には、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。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応 ※ 詳細は厚生労働省のホームページなどもご確認ください。

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分程度は背もたれのある椅子などに座り様子をみるようにしてください。

軽い副反応 →1～50% 発熱、痛み、赤くなる、はれる、体がだるい、めまい、頭痛。悪心。関節痛。全身脱力、下痢など

重い副反応 →1万人あたり5～7人（ワクチンが原因か不明も含む）

重いアレルギー症状（ショック症状 呼吸困難 じんましんなど）、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）等が報告されています。



3 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ときは、予防接種法に基づく補償を受けられる場合があります。
- 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（予防接種をする前又は後に紛れ込んだ感染症又は別の原因等）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、石狩市保健推進課へご相談ください。

接種に当たっての注意事項

体調の良い日に行うことが原則です。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、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。



13歳から15歳の接種希望者で保護者が同伴しない場合の同意書

上記内容をよく読み、十分理解し納得された上で接種希望の場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

（13歳以上15歳以下の者は保護者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何も記載しないでください。

【保護者記入欄】 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受けるに当たっての説明文などを読み、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救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。なお、本説明書は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を理解の上、本様式が石狩市へ提出されることに同意します。

保護者自署

電話番号（緊急の連絡先）

住所 石狩市