

令和6年度 子宮頸がん予防接種のお知らせ

子宮頸がんは、日本では年間約10,000人の女性が発症し、20歳代～30歳代で急増しており、若い女性に発生するがんの第1位を占めています。子宮頸がんの原因は、性的接触によって感染するヒトパピローマウイルス（HPV）です。子宮頸がん予防ワクチンの接種を行うことで子宮頸がんを予防できると考えられています。

■子宮頸がん予防ワクチンについては、ワクチン接種後の持続的疼痛が特異的に見られたことから、平成25年6月以降から積極的勧奨を控えておりました。しかし、子宮頸がん予防ワクチンの安全性について特段の懸念が認められないことが確認され、令和4年より、予防接種勧奨を再開することとなりました。

■HPVワクチン キャッチアップ対象者について

平成25年から令和3年まで、HPVワクチンの接種を個別にお勧めする取り組みが差し控えられていた間に、定期接種の対象であった方々の中には、HPVワクチンの公費での接種機会を逃した方がいます。

こうした方に、公平な接種機会を確保する観点から、あらためて公費での接種機会を設けています。

1. 対象年齢: **平成9年4月2日生～平成20年4月1日生までの方**
(平成9年度～平成19年度生まれの女性)

2. 実施場所: **別紙の個別予防接種医療機関一覧(予約が必要です)**
接種の際には親子(母子)健康手帳・予診票をお持ち下さい。
(※保険証がなくても接種可能)



【医療機関一覧】

3. 接種回数および料金: **3回 (無料)**

4. 接種期間: **令和7年3月31日まで**

【重要】

※3回接種の完了までに、約6か月の期間がかかります。

公費(無料)で年度内に接種を完了するには、1回目接種を9月30日までに開始する必要があります。

※接種期間を過ぎると、任意接種(自己負担)となります。(例:9価ワクチン1回あたり約3万円)

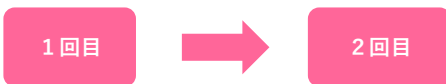
公費で接種できるHPVワクチンは、サーバリックス®、ガーダシル®、シルガード®9の3種類があります。原則、決められた間隔をあけて、同じワクチンを合計3回接種します。

接種スケジュール

■サーバリックス (2価ワクチン)

※(最低限あける必要がある期間)

【標準的な接種間隔】1か月以上あける



【標準的な接種間隔】1回目から6か月以上あける



※(1回目から5か月以上かつ、2回目から2か月半以上あける)

■ガーダシル (4価ワクチン)

■シルガード9 (9価ワクチン)

【標準的な接種間隔】2か月以上あける



※(1か月以上あける)

【標準的な接種間隔】1回目から6か月以上あける



※(2回目から3か月以上あける)

接種年月日			
電話番号			
接種する方の氏名		性別	男・女
接種する方の生年月日	平成・令和 (歳)	年 月 日	体温 度 分

子宮頸がん予防接種予診票 第 回

キャッチ
アップ対象者

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うま市から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
子宮頸がんワクチンを接種したことがありますか。ある方は、接種日を記入し、接種したワクチン名を囲んでください。 1回目(接種日: 年 月 日 サーバリックス・ガーダシル・シルガード9) 2回目(接種日: 年 月 日 サーバリックス・ガーダシル・シルガード9)	はい いいえ	
今日体の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ヶ月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい いいえ	
1ヶ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も良いと言われましたか。	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	
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	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がありますか。 予防接種の種類()	ある ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	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。 (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	
<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、リスクについて理解したうえで、接種を希望しますか。 (はい・いいえ) ※どちらかを○で囲んでください。</p> <p>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、本予診票がうま市に提出されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">自 署</p>		

医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)と判断します。 被接種者に対して、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。 被接種者のHPVワクチン接種歴を確認したうえで、(サーバリックス・ガーダシル・シルガード9)の接種を行うこととします。		
医師署名または記名押印		
ワクチンの種類、ロット番号 (ロットNoシールをお貼りください。)	接 種 量	医療機関名・接種医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください。)
サーバリックスの場合	筋肉内接種:0.5ml	接種(予診)年月日:令和 年 月 日
ガーダシルの場合	接種部位:上腕三角筋部	
シルガード9の場合	(右 ・ 左)	

(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ヶ月以内に受けた方は、予防接種の予防効果が十分に出ないことがあります。