

令和7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、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年度より予防接種勧奨を再開することとなりました。

1. 対象年齢： **小学6年生～高校1年生に相当する年齢の女子**

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）**



【医療機関一覧】

3. 接種料金： **無 料**

4. 接種回数： **3 回** ※シルガード9(9価ワクチン)の場合、15歳未満は2回接種

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)

13歳以上(中学1年生～高校1年生相当の年齢)の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることが出来るようになりました。(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)

署名するに当たっては、接種させる事を判断する際に疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医やうるま市役所健康支援課感染予防係に確認し、十分納得したうえで接種させる事を決めてから署名してください。

保護者が同伴しない場合、別紙の『概要版小学校6年～高校1年相当の女の子と保護者の方へ大切なお知らせ』を必ずお読みになって、予防接種に関して十分理解し、納得されたうえで下記の保護者自署欄に署名してください。

※署名がなければ予防接種は受けられません。※小学校6年生については、保護者同伴。

「概要版小学校6年～高校1年相当の女の子と保護者の方へ大切なお知らせ」を読み、予防接種の効果や目的、リスクなどについて理解したうえで、子ども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うえ、本様式がうるま市に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急連絡先

一般的な接種スケジュール

シルガード®9
1回目の接種を
15歳になるまでに
受ける場合



1回目の接種を
15歳になってから
受ける場合



**ガーダ
シル®**



**サーバ
リックス®**



3種類いずれも、1年以内に接種を終えることが望ましい。

※1 1回目と2回目の接種は、少なくとも5か月以上あけます。5か月未満である場合、3回目の接種が必要になります。

※2・3 2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の2か月後と6か月後にできない場合、2回目は1回目から1か月以上(※2)、3回目は2回目から3か月以上(※3)あけます。

※4・5 2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の1か月後と6か月後にできない場合、2回目は1回目から1か月以上(※4)、3回目は1回目から5か月以上、2回目から2か月半以上(※5)あけます。

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

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、うる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	
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか。一つを○で囲んでください。 ①サーバリックス ②ガーダシル ③シルガード9	① / ② / ③		
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	
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、保護者の意思と責任のもとに子どもに接種を希望 しますか。 (はい ・ いいえ) ※どちらかを○で囲んでください。 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、本予診票がうるま市に提出されることに同意い たします。 保護者自署			

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。 保護者及び被接種者(保護者同伴のない者は被接種者)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	
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)	
		接種(予診)年月日:令和 年 月 日

(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。