

# 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。そのため、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す。接種を希望する方は、ワクチンの有効性とリスクについて十分検討したうえで接種を受けるようにしてください。

1. 対象年齢：うるま市に住所を有する小学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受諾施設（予約が必要です）
3. 個人負担金： 無 料
4. 別紙の『HPVワクチンの定期予防接種について』（両面印刷）をよくお読みください。
5. 合計 3回接種

★接種の際には親子健康手帳・予診票をお持ち下さい。（※保険証がなくても接種可能です。）

予防接種の実施にあたっては、これまで保護者の同伴が必要となっていました。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、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合には、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。）

署名するにあたっては、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こども健康課に確認し、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』及び『HPVワクチンの定期予防接種について』（両面印刷）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

※本様式は、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ず署名するようお願いいたします。署名がないと予防接種は受けられません。

住 所	〒 うるま市	接 種	年 月 日		
		年月日	( )		
		※電話			
保護者氏名	様	受ける子 の氏名			性別 男・女
受付時間		生 年 日	年 月 日	体 温	
実施場所		月 日	(満 歳 ヶ月)	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) 2回目(接種日: 年 月 日 サーバリックス・ガーダシル)	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)接種後2ヶ月は妊娠をさけることが必要です	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、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。</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、本予診票がうるま市に提出されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 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。 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)の接種を行うこととする。		
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	接種医師及び接種医療機関 (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 接種部位:上腕三角筋部	実施場所:
ガーダシルの場合	( 右 ・ 左 )	医師名:

(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。