

HPVワクチン(サーバリックス)の接種をご希望の方に

HPVワクチン(サーバリックス)の接種を実施するにあたり、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明書をお読みになり、「HPVワクチン(サーバリックス)接種予診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

HPVワクチン(サーバリックス)の発がん性HPV16型、18型における感染予防

- ①サーバリックスは、すべての発がん性HPVの感染を防ぐものではありませんが、子宮頸がんから多くみつかるHPV16型、18型の2つのタイプの発がん性HPVの感染を防ぐことができます。
- ②サーバリックスは接種時に発がん性HPVに感染している人に対して、ウイルスを排除したり、発症している子宮頸がんや前がん病変の進行を遅らせたり、治療したりすることはできません。
- ③ワクチンを接種した後も、ワクチンでは予防できない型の発がん性HPVによる病変を早期発見するために子宮頸がん検診の受診が必要です。市区町村が実施する公的子宮頸がん検診は、20歳以上を対象として1～2年に1回の受診間隔で実施されますので、定期的を受診しましょう。気になることがありましたら、すぐにワクチンの接種を受けた医療機関にご相談ください。ワクチン接種後も、定期的子宮頸がん検診を受けましょう。

HPVワクチン(サーバリックス)の効果と副反応

サーバリックスは、臨床試験により15～25歳の女性に対するHPV16型と18型の感染や、前がん病変の発症を予防する効果が確認されています。10～15歳の女兒においては予防効果に対するデータはありませんが、サーバリックスを接種すると15～25歳の女性と同じように抗体ができることが確認されています。

主な副反応は、注射部位の痛み、赤み、腫れ、頭痛など、全身症状として倦怠感、発熱を伴うことがあります。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)が起こ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(通常37.5℃以上)している方
- (2)重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3)過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- (4)その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- (1)血小板が少ない方や出血しやすい方
- (2)心臓血管系・腎臓・肝臓・血液・発育障害などの基礎疾患のある方
- (3)予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- (4)過去にけいれんを起こしたことがある方
- (5)過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6)妊婦または妊娠している可能性のある方
- (7)最近1か月以内に予防接種を受けた方

接種後の注意

- (1)接種後に失神が起こることがあるので、接種後30分程度は、接種施設で背もたれのある椅子にゆっくり腰掛けて、体調の変化がないことを確認してから帰宅しましょう。
- (2)接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- (3)接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- (4)本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費などが支給される場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

接種予定日	月 日() 時 分頃	医療機関名	
-------	----------------	-------	--

*接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

HPVワクチン(サーバリックス)接種予診票

回数	1回目(今回が初めて) ・ 2回目以降()	診察前の体温	度	分
住所	〒	回目、前回接種日:	年	月 日
フリガナ		TEL ()	-	
受ける人の氏名	男・女	西暦	年	月 日 生
			()	歳 か月

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい 病名、具体的な症状()	いいえ
その病気で治療(投薬など)を受けていますか	はい 薬の名前・種類()	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名()	いいえ
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診察を受けていますか	はい 病名()	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
(接種される方がお子さんの場合) 分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい 具体的に()	いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい()歳頃	いいえ
その時、熱は出ましたか	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名()	いいえ
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 予防接種名()	いいえ
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名()	いいえ
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名() 接種日()月 日	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	はい 予防接種名()	いいえ
(女性の方に)現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ
(女性の方に)現在、授乳をしていますか	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 具体的に()	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。 医師の署名又は記名捺印
本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応および医薬品副作用被害救済制度などについて説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および「医薬品副作用被害救済制度」などについて理解した上で接種を希望しますか。 本人または代理人の署名

(はい ・ いいえ)

代理人の場合：関係

使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
組換え沈降2価 ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(イラクサギンウワバ細胞由来) サーバリックス グラクソ・スミスクライン株式会社 製造番号:	筋肉内接種、0.5mL 左 ・ 右	実施場所: 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分

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。記載いただきました個人情報は予防接種に関する予診にのみ使用します。