

この予防接種は、小学6年生から高校1年生相当の年齢で受けることになっています。いったん接種を開始した後に、定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われ、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、法に基づく救済を受けることができません。

○保護者の方へ：必ずお読みください。

予防接種を受けるに当たり本説明書及び予診票をお読みいただき、必要事項を記入した上で予防接種を受けてください。

【予防接種の対象となっている小学校6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様(満16歳以上の者を除く)をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種に当たっては、保護者の同伴が必要でしたが、**13歳以上16歳未満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の説明及び注意事項を読み、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、この予診票に保護者が自ら署名することで、保護者が同伴しなくても、お子様が予防接種を受けることができます。**

(接種当日はこの用紙にあらかじめ必要事項を記入のうえ、必ず持参してください。)

保護者の方が同伴されない場合、保護者自署欄(3ページ及び4ページ)に署名がないと、予防接種を受けることができませんのでご注意ください。疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医やお住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課に相談するなど、十分納得したうえで接種しましょう。

※13歳未満の方は、保護者の同伴がないと接種できません。

当日医療機関に持っていくもの(忘れた場合は接種できません)

- ① 年齢・住民票の住所を確認できるもの(マイナンバーカード等)
- ② 母子健康手帳又は予防接種済証(2回目、3回目の接種時には、前回接種したワクチンを証明するものがが必要です。)
- ③ 同封の接種券・予診票※  
※接種を受けられる方が13歳以上16歳未満で、保護者が同伴しない場合は、事前に予診票の「保護者自署欄」と裏面の「ワクチン選択欄」及び「子宮頸がんワクチン接種同意書」にご記入下さい。  
※予約が必要な場合があるので、事前に医療機関へ連絡して、接種日時を確認してください。

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のうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型HPV」と呼ばれています。高リスク型HPVの中でも16型、18型とよばれる2種類は特に頻度が高く、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%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。また、その他、高リスク型に属さない種類のものは、生殖器にできる良性のイボ(尖圭コンジローマ)の原因と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

(1) 予防接種の効果について

ワクチンの中には、複数の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、予防接種を受けた方は、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。ワクチンの接種で、子宮頸がんの原因の最も多くを占めるHPV16型とHPV18型の感染を防ぐことができますが、ワクチンに含まれない発がん性HPVに感染して、がんを発症することもあります。また、すでにHPV16型・18型に感染している場合や、すでに発症している前がん病変に対する効果はありません。ワクチン接種後も、20歳以降は、定期的に子宮頸がん検診を受けるようにしましょう。

(2) 子宮頸がん予防ワクチンの主な副反応

予防接種により軽い副反応がおこることがあり、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。

主な副反応は、発熱や、局所反応(疼痛、発赤、腫脹)です。また、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分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状(ショック症状、じんましん、呼吸困難など)、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)等が報告されています。

3 子宮頸がん予防ワクチンについて

子宮頸がん予防ワクチンは、現在、次の3種類があり、原則、最初に使用したワクチンを最後まで接種します。

●「サーバリックス」(2価ワクチン) ●「ガーダシル」(4価ワクチン) ●「シルガード9」(9価ワクチン)

いずれのワクチンも子宮頸がんの予防効果があります。医療機関で相談しどのワクチンを接種するか決めてください。

「サーバリックス」、「ガーダシル」、「シルガード9」は、接種の間隔が異なります。

## 標準的な接種間隔

「サーバリックス」は初回接種から1か月後と6か月後に、「ガーダシル」は初回接種から2か月後と6か月後に、「シルガード9」は2回接種の場合は初回接種から6か月後に、3回接種の場合は初回接種から2か月後と6か月後に、それぞれ接種します。

## 法律等で定められた接種間隔

| 対象年齢                                                                                                                                                   | 法律等で定められた接種方法 |    |                                                                                                             | 標準的な接種時期 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                        | ワクチンの種類       | 回数 | 接種間隔                                                                                                        |          |
| 小学校6年生～<br>高校1年生相当<br>の年齢の女性<br><br>令和8年3月31日<br>までの経過措置<br><br>平成9年4月2日か<br>ら平成21年4月1日<br>までに生まれた女性<br>(令和4年度から令<br>和6年度までの間に<br>1回以上接種してい<br>る者に限る。) | サーバリックス       | 3回 | 5か月以上<br>1か月以上 2か月半以上※<br>△ 1回目 △ 2回目 △ 3回目<br>1か月以上の間隔をおいて2回接種した後、1回目から5か月以上、<br>かつ2回目から2か月半※以上の間隔をおいて1回接種 | 中学1年生    |
|                                                                                                                                                        | ガーダシル         | 3回 | 1か月以上 3か月以上<br>△ 1回目 △ 2回目 △ 3回目<br>1か月以上の間隔をおいて2回接種した後、2回目の接種から3か<br>月以上の間隔をおいて1回接種                        |          |
|                                                                                                                                                        | シルガード9        | 2回 | 5か月以上<br>△ 1回目 △ 2回目<br>※1回目の接種が小6から15歳未満の女性に限ります。                                                          |          |
|                                                                                                                                                        |               | 3回 | 1か月以上 3か月以上<br>△ 1回目 △ 2回目 △ 3回目<br>1か月以上の間隔をおいて2回接種した後、2回目の接種から3か<br>月以上の間隔をおいて1回接種                        |          |

※ 1か月以上の間隔をおいてとは、翌月の同日以降と考えます。(例)1回目:9月1日接種→2回目:10月1日以降接種可能

(1月31日のように翌月に同日が存在しない場合は、翌月の最終日(2月28日)に1か月が経過したと考えるので、1か月の間隔をおいた日は、3月1日になります。)

※ 半月の数え方は月によって異なります。2か月後が31日の月は16日後、29日・30日の月は15日後、28日の月は14日後と考えます。

## 4 予防接種による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場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

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(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)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、区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください。

## 5 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、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。

## 6 予防接種を受けた後の注意

- (1) 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分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見てください。
- (2) 接種部位を軽くおさえ、揉まないようにしてください。
- (3) 接種部位を清潔に保ってください。
- (4) 丸一日は、過度な運動を控えてください。
- (5) 接種当日の入浴は差し支えありません。
- (6) 1週間は発熱などの副反応に注意してください。

今回の接種 ワクチン名(サーバリックス、ガーダシル、シルガード9) (1回目・2回目・3回目) ←ワクチン名、回数に○をしてください。  
住民登録している住所、氏名、生年月日、質問事項を保護者の方(接種を受ける方が満16歳以上の場合は本人)が必ず記入してください。

|                       |                       |          |                              |               |
|-----------------------|-----------------------|----------|------------------------------|---------------|
| 接種歴                   | 1回目                   | 令和 年 月 日 | 予診年月日                        | 令和 年 月 日      |
|                       | 2回目                   | 令和 年 月 日 | 診察前の体温                       | 度 分           |
| 住所                    | 広島市 区 番 号<br>電話：( ) — |          |                              |               |
| (フリガナ)<br>受ける人<br>の氏名 |                       | 男・女      | 生年月日<br>平成 年 月 日<br>(満 歳 か月) | 保護者の氏名<br>(※) |

(※)接種を受ける方が満16歳以上の場合には、記載の必要はありません。

| 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説明及び注意事項を読み、理解しましたか                                      | はい いいえ |       |
| 接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)                                    | はい いいえ |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( )                              | はい いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )                                             | はい いいえ |       |
| 1か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、<br>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                                 | 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 |       |
| そのとき熱が出ましたか                                                           | 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。<br>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はいますか                                            | はい いいえ |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか※                                       | 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<br>(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 |       |

※ 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か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

該当する内容の□に✓してください。保護者自署欄は同伴の有無にかかわらず、署名が必要です。

- 「接種を受ける方が16歳未満で保護者が同伴される場合」または「接種を受ける方が16歳以上の場合」  
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か ( 同意します ・ 同意しません ) ←いずれかに○してください
- 「接種を受ける方が13歳以上16歳未満で保護者が同伴されない場合」→P.4のワクチン選択欄、同意書にも記入が必要です。  
あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で  
接種することに同意しますか ( 同意します ・ 同意しません ) ←いずれかに○してください

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。このことを理解の上、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける方が16歳以上の場合は本人) 自署

|                       |                                                                                                                                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医<br>師<br>記<br>入<br>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。                                                                             |
|                       | ・接種を見合わせる理由 ( )                                                                                                                 |
|                       | 接種を受ける ( 保護者 ・ 本人 (接種を受ける者が満16歳以上の場合又は接種を受ける者が13歳以上16歳未満で保護者が自署した同意書を持参している場合) ) に対して、<br>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、説明しました。 |
| 医師署名又は記名押印            |                                                                                                                                 |

| 使用ワクチン名                                | 接種量                   | 医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日                                   |
|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>(注)有効期限が切れていないか要確認 | (筋肉内接種)<br><br>0.5 mL | 医 療 機 関<br>所 在 地<br>医 療 機 関 名<br>医 師 名<br>接種(予診)年月日 令 和 年 月 日 |

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

**お子様が13歳以上16歳未満で接種日に保護者が同伴されない場合**

これまでの記載事項をよくお読みいただき、ご不明な点があれば、接種医に相談した上で、お子様に接種するか、また、どのワクチンを接種するかを決めてください。効果と副反応について十分理解した上で、接種を希望する場合は、下記に記入が必要です。

(ワクチン選択欄) ※いずれかに○を付けてください。

- 今回の接種回数 (シルガード9は15歳未満の間に1回目の接種を行えば、2回での接種完了が可能です。)

1回目

2回目

3回目

- 接種するワクチン

サーバリックス  
2価ワクチン

ガーダシル  
4価ワクチン

シルガード9  
9価ワクチン

**子宮頸がん予防ワクチン接種同意書 (保護者自署欄・住所欄・緊急連絡先記入欄)**

子宮頸がん予防ワクチンの接種を受けるに当たっての説明書を読み、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うえで、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した上で、本様式が広島市に提出されることに同意します。

保護者自署

令和 年 月 日

住 所

緊急の連絡先

注意) P.3の保護者自署欄にも記入が必要です。記入がなければ接種は受けられません。

**【お問合せ先】**

|          |          |           |          |            |          |
|----------|----------|-----------|----------|------------|----------|
| 中保健センター  | 504-2528 | 東保健センター   | 568-7729 | 南保健センター    | 250-4108 |
| 西保健センター  | 294-6235 | 安佐南保健センター | 831-4942 | 安佐北保健センター  | 819-0586 |
| 安芸保健センター | 821-2809 | 佐伯保健センター  | 943-9731 | 健康福祉局健康推進課 | 504-2882 |