

HPVワクチンの接種をご希望の方へ

～予防接種に欠かせない情報です。必ずお読みください。～

1 子宮頸がんとヒトパピローマウイルス (HPV)

- (1) 子宮頸がんは、子宮頸部(子宮の入口)にできるがんで、20～30代で急増し、日本では年間約11,000人の女性が発症していると報告されています。子宮頸がんは初期の段階では自覚症状がほとんどないため、しばしば発見が遅れてしまいます。
がんが進行すると、不正出血や性交時の出血などがみられます。
- (2) 子宮頸がんは、HPVというウイルスの感染が原因で引き起こされる病気です。
- (3) HPVは感染しても多くの場合、感染は一時的で、ウイルスは自然に排除されますが、感染した状態が長い間続くと、子宮頸がんを発症することがあります。
- (4) HPVは性的接触のある女性であれば、一生のうちに一度は感染するごくありふれたウイルスです。
- (5) HPVには200種類以上のタイプがあり、子宮頸がんの原因となるタイプが少なくとも15種類あることがわかっています。
その中でもHPV16型と18型が子宮頸がんの原因の50%～70%を占めます。

2 HPVワクチンについて

- (1) HPVワクチンには、「サーバリックス[®]」、「ガーダシル[®]」、「シルガード[®]9」の3種類のワクチンがあります。
【サーバリックス[®]】HPV16型、18型の感染を予防できます。
【ガーダシル[®]】HPV6型、11型、16型、18型の感染を予防できます。
【シルガード[®]9】HPV6型、11型、16型、18型、31型、33型、45型、52型、58型の感染を予防できます。
※HPV16型、18型、31型、33型、45型、52型、58型は主に子宮頸がんの原因となるウイルスです。
※HPV6型、11型は主に尖圭コンジローマの原因となるウイルスです。
- (2) 標準的な接種方法
【サーバリックス[®]】初回接種(1回目)、1か月後(2回目)、1回目の接種から6か月後(3回目)に上腕の筋肉内に接種します。
【ガーダシル[®]】初回接種(1回目)、2か月後(2回目)、1回目の接種から6か月後(3回目)に上腕の筋肉内に接種します。
【シルガード[®]9】初回接種(1回目)、2か月後(2回目)、1回目の接種から6か月後(3回目)に上腕の筋肉内に接種します。
なお、初回接種(1回目)が15歳未満である場合は1回目の接種から6か月後の合計2回の接種方法でも完了させることができます。その有効性は3回接種と比較して同等であるとされています。
- (3) 注意事項
①HPVワクチンを接種してもすべてのHPVの感染を防ぐものではありません。
②HPVワクチンは、接種時に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(がんになる前の異常な細胞)の進行を遅らせたり、治療することはできません。

3 次の方は接種を受けないでください

- (1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)。
- (2) 重い急性疾患にかかっている方。
- (3) ワクチンの成分(詳しくは医師にお尋ねください)によって過敏症(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などを伴う重いアレルギー反応を含む)をおこしたことがある方。
- (4) その他、医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方。

4 次の方は接種前に医師にご相談ください

- (1) 血小板が少ない方や出血しやすい方。
- (2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方。
- (3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方。
- (4) 過去にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがある方。
- (5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、もしくは近親者に先天性免疫不全症の方がいる方。
- (6) 妊娠している方あるいは妊娠している可能性のある方(接種期間中を含む)。
- (7) 現在、授乳中の方。
- (8) 他のHPVワクチンの接種を受けたことがある方。

5 主な副反応

(1) 接種と関連性があると考えられた主な副反応は以下のとおりです。

発生頻度	2価ワクチン:サーバリックス®	4価ワクチン:ガーダシル®	9価ワクチン:シルガード®9
50%以上	疼痛、発赤、腫脹、疲労	疼痛	疼痛
10～50%未満	掻痒、腹痛、筋痛、関節痛、頭痛など	紅斑、腫脹	腫脹、紅斑、頭痛
1～10%未満	じんましん、めまい、発熱など	頭痛、そう痒感、発熱	浮動性めまい、悪心、下痢、そう痒感、発熱、疲労、内出血など
1%未満	注射部位の知覚異常、感覚鈍麻、全身の脱力	下痢、腹痛、四肢痛、筋骨格硬直、硬結、出血、不快感、倦怠感など	嘔吐、腹痛、筋肉痛、関節痛、出血、血腫、倦怠感、硬結など
頻度不明	四肢痛、失神、リンパ節症など	失神、嘔吐、関節痛、筋肉痛、疲労など	感覚鈍麻、失神、四肢痛など

(2) まれに、過敏症反応（アナフィラキシー反応やアナフィラキシー様反応〈呼吸困難、目や唇のまわりの腫れなど〉）、気管支痙攣〈発作的な息切れ〉、じんましんなど）、ギラン・バレー症候群（下から上に向かう両足のまひ）、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻血、歯ぐきの出血など）、急性散在性脳脊髄炎（まひ、知覚障害、運動障害など）があらわれることがあります。このような症状が疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。

6 予防接種による健康被害救済制度について

- (1) 定期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がいを残したりする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。
- (2) 健康被害の程度に応じて、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、介護加算の区分があり、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がいが治癒する期間まで支給されます。
- (3) 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。

※給付申請のご相談は、健康増進課（連絡先：053-453-6119）へご連絡ください。

HPVワクチン予防接種予診票

〈受ける人が16歳未満で保護者が同伴する場合、受ける人が16歳以上の場合〉

ボールペンで、この票のあいているところに記入し、その他は該当項目を○で囲んでください。

(太枠の部分は、特にていねいにご記入ください。)

※医療機関確認欄		
シルガード9	ガーダシル	サーバリックス

回数	1回目	2回目	3回目
----	-----	-----	-----

申込年月日	20	年	月	日	診察前の体温	度	分
-------	----	---	---	---	--------	---	---

住 所	浜松市			電話			
フリガナ		女	生年	平成	年	月	日生
受ける人の氏名			月日	(歳 か月)			
保護者の氏名※							

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書を読み、理解しましたか				いいえ	はい	
今日体に具合の悪いところがありますか 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	
最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか (ある場合には最後に接種した予防接種に○をして接種年月日を記載してください) 接種年月日 20 年 月 日 ジフテリア・破傷風 日本脳炎 HPV その他 ()				はい	いいえ	
これまでに HPV ワクチンの接種を受けたことがありますか				はい	いいえ	
ある場合は接種したワクチンに○をして接種年月日を記載してください		1回目	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス) 年 月 日	種類・間隔		
		2回目	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス) 年 月 日			
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よいといわれましたか				いいえ	はい	
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、ゴム製品、金属など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 薬・食品・製品名など ()				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 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	
現在妊娠している、または妊娠している可能性 (生理が遅れているなど) はありますか (注) 妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません				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 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は	可 能	見合わせる	医師のサイン (注) ワクチンの種類・有効期限を要確認
	保護者 (接種を受ける者が 16 歳以上の場合は本人) 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。			

〔医療機関 (医師) 控〕	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などについて理解した上で、接種を同意しますか	同意します	同意しません	保護者自署 (接種を受ける者が 16 歳以上の場合は本人自署)
	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、本予診票が浜松市に提出されることに同意し署名します。			

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	(筋肉内接種)	実 施 場 所	
Lot No.	0.5	医 師 名	
(注) 有効期限が切れていないか要確認	mL	接種年月日 (非接種判定日)	20 年 月 日

※保護者の氏名は、接種を受ける人が 16 歳以上の場合には記載の必要はありません

HPVワクチン予防接種済証

回数	1回目	2回目	3回目
----	-----	-----	-----

住所	浜松市			電話					
フリガナ				女	生年	平成	年	月	日生
受ける人の氏名					月日				
保護者の氏名※					(歳 か月)				

〔接種済証〕

20 年 月 日

浜松市長

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	(筋肉内接種)	実施場所	
Lot No.	0.5	医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認	mL	接種年月日	20 年 月 日

※保護者の氏名は、接種を受ける人が16歳以上の場合には記載の必要はありません

HPVワクチン予防接種予診票兼接種・非接種通知書

(受ける人が16歳未満で保護者が同伴する場合、受ける人が16歳以上の場合)

24

23

22

1

2

3

回 数

1 回目

2 回目

3 回目

申込年月日

20

年

月

日

診察前の体温

度

分

住

所

浜松市

電話

フリガナ

受ける人の氏名

保護者の氏名※

女

生年

月日

平成

年

月

日生

(

歳

か月)

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書を読み、理解しましたか

いいえ

はい

今日体に具合の悪いところがありますか 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

最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか (ある場合には最後に接種した予防接種に○をして
接種年月日を記載してください) 接種年月日 20 年 月 日
ジフテリア・破傷風 日本脳炎 HPV その他 (

はい

いいえ

これまでに HPV ワクチンの接種を受けたことがありますか

はい

いいえ

ある場合は接種したワクチンに○をして接種年月日を記載して
ください

1 回目

(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)
年 月 日

2 回目

(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)
年 月 日

種類・間隔

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よいといわれましたか

いいえ

はい

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、ゴム製品、金属など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 薬・食品・製品名など (

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
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

現在妊娠している、または妊娠している可能性 (生理が遅れているなど) はありますか
(注) 妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません

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
記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は

3 可 能

2 見合わせる

医師のサイン

保護者 (接種を受ける者が 16 歳以上の場合は本人) 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。

(注) ワクチンの種類・有効期限を要確認

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
応の可能性などについて理解した上で、接種を同意しますか

同意します

同意
しません

保護者自署

(接種を受ける者が 16 歳以上の場合は本人自署)

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、本予診票が浜松市に提出されることに同意し署名します。

使用ワクチン名

接 種 量

実施場所・医師名・接種年月日

ワクチン名

(筋肉内接種)

実 施 場 所

Lot No.

0.5

医 師 名

(注) 有効期限が切れていないか要確認

mL

接種年月日 (非接種判定日)

20

年

月

日

※保護者の氏名は、接種を受ける人が 16 歳以上の場合には記載の必要はありません

24.10

〔浜松市提出分〕

HPVワクチン

〈受ける人が15歳以下で保護者が同伴する場合用〉

〈受ける人が16歳以上の場合用〉

HPVワクチン予防接種予診票

注 意

○定期接種対象者

小学校6年生から高校1年生に相当する年齢
の浜松市に住民登録のある女子

○キャッチアップ接種対象者

以下の生年月日の浜松市に住民登録のある女子
・2024年度：平成9年4月2日～平成20年4月1日

○4枚1組で2枚目から複写になっています。
下敷きを使うか、1組ごとに切り取って使用
してください。