

対象疾病	ワクチン	接			
		対象者	標準的な接種期間※	回数	間隔
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	第1期初回 生後6月から生後90月に至るまでの間にある者	3歳に達した時から4歳に達するまでの期間	2回	6日以上(標準的には6日から28日まで)
		第1期追加 生後6月から生後90月に至るまでの間にある者	4歳に達した時から5歳に達するまでの期間	1回	初回接種終了後6月以上(標準的にはおおむね1年を経過した時期)
		第2期 9歳以上13歳未満の者	9歳に達した時から10歳に達するまでの期間	1回	
ヒトパピローマウイルス感染症	組換え沈降ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子	2価: 13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間	3回	1月の間隔をおいて2回、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回※1
			4価: 13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間	3回	2月の間隔をおいて2回、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回※2
			9価: 13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間。(アの場合は、第1回目の接種時に12歳となる日の属する年度の初日から15歳に至るまでの間にある者に対して行う場合に限る)	ア 2回 イ 3回	6月の間隔をおいて2回※3 2月の間隔をおいて2回、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回※4

※標準的な接種期間とは、定期接種実施要領(厚生労働省健康局長通知)により、市町村に対する

種		備考
接種量	方法	
(3歳以上)各0.5mL (3歳未満)各0.25mL	皮下	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成17年(2005)度から平成21(2009)年度にかけての接種の積極的勧奨の差し控えにより、日本脳炎の予防接種を受ける機会を逸した者(平成7(1995)年4月2日生まれから平成19(2007)年4月1日までの間に生まれた者)に対する日本脳炎の定期の予防接種の対象者は、「20歳未満の者」とする。</li> <li>13歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。</li> <li>特例措置については、5の(9)日本脳炎「⑥予防接種の特例」96頁を参照。</li> </ul>
(3歳以上)0.5mL (3歳未満)0.25mL		
0.5mL		
各0.5mL	筋肉内	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該方法をとることができない場合やその他の接種上の留意点については5の(10)ヒトパピローマウイルス感染症「④HPVワクチン接種上の留意点」102頁を参照。</li> <li>平成9(1997)年度から平成19(2007)年度生まれの者で定期接種の対象期間にHPVワクチンの接種を合計3回受けていない女性は令和7(2025)年3月までキャッチアップ接種の対象となる。年度ごとに対象者が異なるため、101頁を参照されたい。</li> </ul> <p>※1 2価: ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から5月以上、かつ2回目の注射から2月半以上の間隔をおいて1回行う。</p> <p>※2 4価: ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて1回行う。</p> <p>※3 9価(2回): ただし、当該方法をとることができない場合は、5月以上の間隔をおいて2回行う。</p> <p>※4 9価(3回): ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて1回行う。</p> <p>最新情報については厚労省ホームページをご確認ください。</p>

技術的助言として定められている。

- ク ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種にあつては、ワクチンの添付文書の記載に従つて、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を使用する場合は原則として上腕の三角筋部に、組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合は原則として上腕の三角筋部又は大腿四頭筋部に筋肉内注射する。▲接種前に接種部位をアルコール消毒する。接種に際しては筋肉内接種なので、陰圧をかけて血液の逆流を確認する必要はない。同一部位への反復しての接種は避ける。
- ケ ロタウイルス感染症の予防接種にあつては、母子健康手帳等により接種記録を確認の上、原則として同一ワクチンを複数回（経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチンは2回、5価経口弱毒生ロタウイルスワクチンは3回）接種する。接種に際しては接種液が封入されている容器より直接、全量をゆっくりと経口投与する。他の薬剤や溶液と混合してはならない。
- コ 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種にあつては、原則として上腕伸側（外側）に皮下接種又は筋肉内注射により行う。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては筋肉内注射の場合、陰圧をかけて血液の逆流を確認する必要はない。
- サ 接種用具等の消毒は、適切に行う。
- シ 抜歯、扁桃手術、ヘルニア手術等、緊急性のない場合には、予防接種後1か月間は、紛れ込み事故を考慮に入れ、原則として避けることが望ましい。しかし、緊急性の高い手術、周囲に流行する病気の状況によっては必ずしもこの限りではない。
- ② 被接種者及び保護者に対して、次に掲げる事項を要請する。
- ア 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させる。
- イ 予防接種当日の入浴は差し支えない。  
入浴時に接種部位又は全身性の感染を受ける可能性は極めて低いため、即時型アレルギーが予想される接種後1時間を経過すれば、入浴は差し支えないと考えられる。また、BCGについても、接種後は十分乾燥させ、1時間以上経過すれば、菌の生着に問題はない。
- ウ 不活化ワクチン接種後1週間、生ワクチン接種後4週間は副反応の出現に注意し、観察しておく必要がある。
- エ 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の

組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合は原則として上腕の三角筋部に筋肉内注射することとし、当該部位への接種が困難な場合は、大腿前外側部への接種を考慮する。なお、その際、臀部には接種しない。

え、HPVワクチンの接種後においても、子宮頸がん予防の観点から、子宮頸がん検診や性感染症対策が引き続き重要である点について、併せて周知していく必要がある旨申し添える。

4. その他

1～3にお示しした内容を踏まえ、予防接種法施行令(昭和23(1948)年政令197号)が改正され、令和4(2022)年4月1日から施行された。

\*キャッチアップの運用方法、および9価ワクチンの詳細については、厚生労働省からの最新情報を参照してください。

~~④ 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(サーバリックス<sup>®</sup>)・組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(ガーダシル<sup>®</sup>)の接種上の注意点~~

ア 次に掲げる者については、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する可能性があるため、予診に当たっては、これらの者の接種について慎重な判断が行われるよう留意する。

(ア) 外傷等を契機として、原因不明の疼痛が続いたことがある者

(イ) 他のワクチンを含めて以前にワクチンを接種した際に激しい疼痛や四肢のしびれが生じたことのある者

イ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に当たっては、ワクチンを接種する目的、副反応等について、十分な説明を行った上で、かかりつけ医など被接種者が安心して予防接種を受けられる医療機関で行う。

ウ キャッチアップ接種の実施に当たっては、次のことに留意すること。

(ア) 令和4(2022)年4月1日から令和7(2025)年3月31日までの3年間の期間中に実施し、平成9(1997)年4月2日から平成18(2006)年4月1日までの間に生まれた女子を対象とすること。また、期間中に定期接種の対象から新たに外れる世代(平成18(2006)年4月2日から平成19(2007)年4月1日までの間に生まれた女子及び平成19(2007)年4月2日から平成20(2008)年4月1日までの間に生まれた女子)についても、順次、対象とすること。なお、過去に1回又は2回のワクチン接種歴があり、長期にわたり接種を中断していた者についても、接種間隔にかかわらず、対象とすること。その際、接種を初回からやり直すことなく、残りの回数の接種(2、3回目又は3回目)を行うこと。

④ HPVワクチン(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(サーバリックス<sup>®</sup>)・組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(ガーダシル<sup>®</sup>)・組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(シルガード<sup>®</sup>9))接種上の注意点

- (イ) 従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を実施するため、次に掲げるワクチンの安全性、免疫原性及び有効性に関する事項についても、十分な説明を行うこと。
- ⑦ヒトパピローマウイルス感染症の子宮病変に対するワクチンの有効性は、概ね16歳以下の接種で最も有効性が高いものの、20歳頃の初回接種までは一定程度の有効性が保たれること。さらに、性交経験がない場合はそれ以上の年齢についても一定程度の有効性があることが示されていること。
  - ⑧従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を実施した場合においても、明らかな安全性の懸念は示されていないこと。
- エ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に、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を使用する場合には、13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、1月の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回行う。ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から5月以上、かつ2回目の注射から2年半以上の間隔をおいて1回行う。キャッチアップ接種においては、1回目の注射から行う場合は、前段の方法により接種を行うこと。2回目の注射から行い、当該方法をとることができない場合は、1回目の注射から1月以上の間隔をおいて2回目を行った後、1回目の注射から5月以上、かつ2回目の注射から2年半以上の間隔をおいて3回目を行うこと。3回目の注射から行う場合は、上記の間隔を全て満たすことを確認のうえ、可能な限り速やかに行うこと。
- オ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に、組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合には、13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、2月の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回行う。ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて1回行う。キャッチアップ接種においては、1回目の注射から行う場合は、前段の方法により接種を行うこと。2回目の注射から行い、当該方法をとることができない場合は、1回目の注射から1月以上の間隔をおいて2回目を行った後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて3回目を行うこと。3回目の注射から行う場合は、上記の間隔を全て満たすことを確認のうえ、可能な限り速やかに行うこと。

- ク ~~カ~~ ~~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と組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの互換性に関する安全性、免疫原性、有効性に関するデータはないことから、同一の者には、同一のワクチンを使用する。ただし、キャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である場合、接種を実施する医療機関の医師と被接種者とで十分に相談した上で、接種するワクチンの種類を選択すること。この場合、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、~~ワクチンの互換性に関する安全性、免疫原性及び有効性についても、十分な説明を行うこと。~~さらに、過去に接種したワクチンの種類が不明である旨が予診票に記載されていることを確認すること。~~
- ケ キ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるので、失神による転倒等を防止するため、注射後の移動の際には、保護者又は医療従事者が腕を持つなどして付き添うようにし、接種後30分程度、体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要がある。
- コ ~~ク~~ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、次に掲げる事項について適切に対応する。  
 (ア) 法の規定による副反応疑い報告の必要性の検討  
 (イ) 当該予防接種以降のヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を行わないことの検討  
 (ウ) 神経学的・免疫学的な鑑別診断及び適切な治療が可能な医療機関の紹介
- サ ~~シ~~ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種について、平成26(2014)年4月1日より前に、旧規則に規定する接種の間隔を超えて行った接種であって、実施規則に規定する予防接種に相当する接種を受けた者は、医師の判断と保護者の同意に基づき、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすことができる。
- シ ~~ス~~ 13歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。
- ス ~~セ~~ ヒトパピローマウイルス感染症は性感染症であること等から、感染予防や、がん検診を受診することの必要性について、併せて説明することが望ましい。  
 なお、海外では男性への接種も勧められており、国内では令和2(2020)年12月に4価ワクチンのみ適応が追加され、9歳以上の男性への接種が可能となってい

カ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に、組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合には、13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、以下のいずれかの方法(アに掲げる方法については、第1回目の接種時に12歳となる日の属する年度の初日から15歳に至るまでの間にある者に対して当該予防接種を行う場合に限る。)により行うものとする。

(ア) 標準的な接種方法として、6月の間隔をおいて2回行うこと。ただし、当該方法をとることができない場合は、5月以上の間隔をおいて2回行うこと。

(イ) 標準的な接種方法として、2月の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回行うこと。ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて1回行うこと。

キ ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に当たっては、同一の者には、過去に接種歴のあるワクチンと同一の種類 of ワクチンを使用することを原則とするが、同一の者が組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンと組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種した場合の安全性、免疫原性及び有効性は一定程度明らかになっていることを踏まえ、市町村長が、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又は組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用して1回目又は2回目までの接種を終了した者の接種について、エ又はオに掲げる方法によることができないやむを得ない事情があると認める場合には、以下のいずれかの方法により接種を実施して差し支えないこととする。

(ア) 1回目に組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種した者が、1回目の注射から2月の間隔をおいて組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを1回筋肉内に注射した後、1回目の注射から6月の間隔をおいて同ワクチンを1回注射するものとし、接種量は毎回0.5 mLとする方法。ただし、当該方法をとることができない場合は、1回目の注射から1月以上の間隔をおいて組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを1回筋肉内に注射した後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて同ワクチンを1回筋肉内に注射し、接種量は毎回0.5 mLとすることとする。

(イ) 1回目及び2回目に組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種した者が、1回目の注射から6月の間隔をおいて組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを1回筋肉内に注射し、接種量は0.5 mLとする方法。ただし、当該方法をとることができない場合は、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを1回筋肉内に注射し、接種量は0.5 mLとすることとする。

同一のものが異なるワクチンを接種した場合の

【参考5】 予防接種台帳と予防接種予診票

様式第三

**ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票**

住所		診療前の体温		度 分	
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成・令和	年 月 日	
保護者の氏名※	男女	生年月日	(満 歳 カ月)		

※ 接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今回の接種は何回目ですか	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>	
これまでに接種した回数、ワクチンの種類を記入してください(2回目以降の場合) (注1) ワクチンの種類は、①サーバリックス(2価) ②ガーダシル(4価) ③その他のうちから、下段の①～③のいずれかを○で囲んでください。 (注2) 保護者又は被接種者、医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」を記入してください。	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> ① / ② / ③ 年月日	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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。  
保護者(接種を受ける者が満 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。  
医師署名又は記名押印

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・同意しません)。  
※かっこの中のどちらかを○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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
保護者又は被接種者自署  
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)

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 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【改正後】

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

住所		診療前の体温		度 分	
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成・令和	年 月 日	
保護者の氏名※	男女	生年月日	(満 歳 カ月)		

※ 被接種者が満 16 歳以上の者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今回の接種は何回目ですか	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/>	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する。合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	1回目 <input type="checkbox"/> ① / ② / ③ / ④ 年月日 歳 2回目 <input type="checkbox"/> ① / ② / ③ / ④ 年月日 歳	
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 (注) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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。  
被接種者(被接種者が満 16 歳未満の者の場合は保護者)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。  
医師署名又は記名押印

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・同意しません)。  
かっこの中のどちらかを○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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
保護者又は被接種者自署  
(※被接種者が16歳未満の者の場合は保護者自署)

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 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

○保護者の方へ：必ずお読みください。

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【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】

※【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、お子様の予防接種の実施に当たっては、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(満16歳以上の者を除く。))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できるようになります。

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、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(満16歳以上の者を除く。))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できるようになります。

(当日はこの用紙を必ず持参してください。)  
この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

(当日はこの用紙を必ず持参してください。)  
この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症の症状について

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。

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。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である尖圭コンジローマの原因となることが分かっています。

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。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である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作用について

2 予防接種の効果と副作用について

ワクチンの中には、いくつかの種類の子宮頸がんウイルス(HPV)のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、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。

ワクチンの中には、いくつかの種類の子宮頸がんウイルス(HPV)のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、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。

ただし、予防接種により、軽い副作用がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副作用がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ただし、予防接種により、軽い副作用がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副作用がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副作用

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副作用

主な副作用は、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。

主な副作用は、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作用としては、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。

稀に報告される重い副作用としては、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。

※ 詳しくは、市町村のホームページや個別送付される情報提供のリーフレットなどもご確認ください。

※ 詳しくは、市町村のホームページや個別送付される情報提供のリーフレットなどもご確認ください。

3 予防接種による健康被害救済制度について

3 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作用により、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。

○定期の予防接種によって引き起こされた副作用により、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。

○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

○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、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

4 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。お子様の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、お子様が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。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、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）

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、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上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、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この予診票を提出させるようにしてください。  
予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

4 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。お子様の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、お子様が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。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、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上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満 16 歳未満のお子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。  
満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。



**予診欄**

		診察前の体温		度		分	
住 所							
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成・令和	年	月	日 生
		(満 歳 カ月)					
質 問 事 項				回 答 欄		医師記入欄	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )				はい	いいえ		
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )				はい	いいえ		
1カ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じんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか				はい	いいえ		
近視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		
近視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		
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 ) ※かつこのどちらかを○で開んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署							
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。 接種を受ける本人に対して、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。 医師署名又は記名押印							
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 Lot No. (注) 有効期限がきれていないか要確認		筋肉内接種 0.5ml		実施場所 接種年月日		医師名 令和 年 月 日	

**予診欄**  
**【改正後】**

		診察前の体温		度		分	
住 所							
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成・令和	年	月	日
		(満 歳 カ月)					
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市町村から配られている説明書を読みましたか				はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか				1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で開んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。				1回目	① / ② / ③ / ④		
					年 月 日 歳		
				2回目	① / ② / ③ / ④		
					年 月 日 歳		
今日接種を希望するワクチンほどの種類のワクチンですか (注) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で開んでください。				① / ② / ③			
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )				はい	いいえ		
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )				はい	いいえ		
1カ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じんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか				はい	いいえ		
近視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		
近視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		
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 ) ※かつこのどちらかを○で開んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署							
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。 接種を受ける本人に対して、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。 医師署名又は記名押印							
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 Lot No. (注) 有効期限がきれていないか要確認		筋肉内接種 0.5ml		実施場所 接種年月日		医師名 令和 年 月 日	