

症例番号： _____

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状についての調査票

(別添1)

1. 接種ワクチン名 サーバリックス ガーダシル (いずれかに○を付けてください。)
2. 接種日 1回目：平成 年 月 日 2回目：平成 年 月 日 3回目：平成 年 月 日
3. 患者の状態を最後に確認した日 平成 年 月 日
4. 本調査票を記入した日 平成 年 月 日

5. 予防接種後に生じた症状に関して、患者の現在の状況について、以下の(1)～(4)の中から選択してください。

- (1) 回復(症状は全て回復し、通常どおりに生活している。) ⇒ 回復日：平成 年 月 日
- (2) 軽快・通院不要(症状は一部残っているものの、医療機関に通院する必要はない。)
- (3) 軽快・通院必要(症状が一部残っており、医療機関に通院する必要がある。)
- (4) 未回復(症状の回復が全く見られない。)

6. 5.で(2)から(4)までのいずれかを選択した場合、すなわち症状が回復していない場合には、以下の中から、接種後に生じた症状として報告されたもののうち、現在なお認められているものに○を付けてください。

- | | |
|----------------------|---|
| ア. 接種部位の疼痛・腫脹 | ス. 接種部位以外の疼痛(関節痛、筋肉痛、頭痛を除く)※ ¹ |
| イ. 発熱 | セ. けいれん※ ² |
| ウ. 失神・意識レベルの低下 | ソ. 筋力低下※ ² |
| エ. アナフィラキシー(過敏症を含む) | タ. 不随意運動※ ² |
| オ. 急性散在性脳脊髄炎 | チ. 運動障害(けいれん、筋力低下、不随意運動を除く)※ ² |
| カ. ギラン・バレー症候群 | ツ. 起立性調節障害 |
| キ. 血小板減少性紫斑病 | テ. 月経不整 |
| ク. 全身性エリテマトーデス | ト. 認知機能の低下(計算・記憶障害を含む) |
| ケ. 若年性特発性関節炎 | ナ. めまい(めまい感を含む) |
| コ. 関節痛※ ¹ | ニ. 感覚鈍麻 |
| サ. 筋肉痛※ ¹ | ヌ. 倦怠感(長期に続く疲労を含む) |
| シ. 頭痛※ ¹ | ネ. その他(具体的に： _____) |

※¹ オ～ケの疾患によるものを除く

※² オ～ケの疾患によるもの及び疼痛によるもの(例：足が痛くて動かせない)を除く。

以下、予防接種後に生じた症状に関連して御回答ください。

7. 予防接種後に生じた症状に対する治療について、記入例に従って以下の表に記入してください。

※1 「症状」については、5. にある症状のリストに従い、ア～ネの記号で記入してください。

※2 「治療法分類」については以下に従ってア～エの記号を記入してください。

ア. 治療なし・経過観察 イ. 薬物療法 ウ. 認知行動療法・理学療法 エ. その他

※3 「治療の結果」については以下に従ってア又はイの記号を記入してください。

ア. 治療の効果はあった。 イ. 治療の効果はなかった。

症状（※1）	治療法分類（※2）	治療内容（具体的に）	治療の結果（※3）

以下記入例

症状（※1）	治療法分類（※2）	治療法、具体的に	治療の結果（※3）
ア、イ	イ	解熱鎮痛薬（薬剤名〇〇）	ア
ウ	ア		

8. 予防接種後に生じた症状により入院していた期間の有無について記載してください。

・有（入院していた期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日） ・無

9. 予防接種後に生じた症状により日常生活の介助を必要としていた期間の有無について記載してください。

・有（介助を必要とした期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日） ・無

10. 予防接種後に生じた症状により継続して通学、通勤に支障が出た期間の有無について記載してください。

・有

⇒ 「・有」の場合、以下のうちからあてはまるものを選んでください。

・ときどき通学、通勤できなかった時期がある。(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

・保健室など教室以外に登校していた時期がある(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

・全く通学、通勤できなかった時期がある。(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

・無

11. 記入した医師について記載してください。

当該患者を診療している医療機関： _____

所 属 診 療 科： _____

医 師 氏 名： _____

連 絡 先 電 話 番 号： _____ () _____

メールアドレス： _____ @ _____