

定期接種実施要領 新旧対照表

| 改正後 | 現行 |
|--|--|
| <p>第1 総論</p> <p>1 予防接種台帳</p> <p>市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第5条第1項の規定による予防接種（以下「定期接種」という。）の対象者について、あらかじめ住民基本台帳その他の法令に基づく適法な居住の事実を証する資料等に基づき様式第一の予防接種台帳を参考に作成し、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号。以下「政令」という。）第6条の2や文書管理規程等に従い、少なくとも5年間は適正に管理・保存すること。また、予防接種台帳を、未接種者の把握や市町村（特別区を含む。以下同じ。）間での情報連携等に有効活用するため、電子的な管理を行うことが望ましい。</p> <p>2～6（略）</p> <p>7（1）ア（略）</p> <p><u>イ ヒトパピロームウイルス感染症の定期接種については、積極的勧奨の差控えにより接種機会を逃した方に対して、公平な接種機会を確保する観点から、時限的に、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種（以下「キャッチアップ接種」という。）を実施するため、「HPVワクチンのキャッチアップ接種について」（令和4年3月18日健健発0318第3号厚生労働省健康局健康課長通知）を参考に計画を策定すること。</u></p> <p><u>ウ 接種医療機関において、予防接種の対象者が他の患者から感染を受けることのないよう、十分配慮すること。</u></p> <p><u>エ 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（ア）から（ク）までに掲げる者をいう。以</u></p> | <p>第1 総論</p> <p>1 予防接種台帳</p> <p>市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第5条第1項の規定による予防接種（以下「定期接種」という。）の対象者について、あらかじめ住民基本台帳その他の法令に基づく適法な居住の事実を証する資料等に基づき様式第一の予防接種台帳を参考に作成し、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号。以下「政令」という。）第6条の2や文書管理規程等に従い、少なくとも5年間は適正に管理・保存すること。また、予防接種台帳を、未接種者の把握や市町村間での情報連携等に有効活用するため、電子的な管理を行うことが望ましい。</p> <p>2～6（略）</p> <p>7（1）ア（略）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>イ 接種医療機関において、予防接種の対象者が他の患者から感染を受けることのないよう、十分配慮すること。</u></p> <p><u>ウ 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（ア）から（ク）までに掲げる者をいう。以</u></p> |

下同じ。)について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処方法等について、あらかじめ決定しておくこと。

(ア)～(ク) (略)

(2)～(3) (略)

8 対象者の確認

(中略)

(1)「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の実施について」(平成22年11月26日厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知)に基づき過去に一部接種した回数や、任意接種として過去に一部接種した回数については、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。

(2) (略)

9 予診票

(1) 乳幼児や主に小学生が接種対象となっている定期接種(ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症又は水痘)については様式第二予防接種予診票(乳幼児・小学生対象)を、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種のうち、接種を受ける者に保護者が同伴する場合及び接種を受ける者が満16歳以上の場合については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(保護者が同伴する場合、受ける人が満16歳以上の場合)を、満16歳未満の接種を受ける者に保護者が同伴しない場合については様式第四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)を、インフルエンザの定期接種については様式第五インフルエンザ予防接種予診票を、高

下同じ。)について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処方法等について、あらかじめ決定しておくこと。

(ア)～(ク) (略)

(2)～(3) (略)

8 対象者の確認

(中略)

(1)「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の実施について」(平成22年11月26日厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知)に基づき過去に一部接種した回数については、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。

(2) (略)

9 予診票

(1) 乳幼児や主に小学生が接種対象となっている定期接種(ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症又は水痘)については様式第二予防接種予診票(乳幼児・小学生対象)を、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種のうち、接種を受ける者に保護者が同伴する場合及び接種を受ける者が既婚者の場合については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(保護者が同伴する場合、受ける人が既婚の場合)を、接種を受ける者に保護者が同伴しない場合については様式第四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)を、インフルエンザの定期接種については様式第五インフルエンザ予防接種予診票を、高齢者の肺炎球菌感染症の定期接

齢者の肺炎球菌感染症の定期接種については様式第六高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票を、B型肝炎の定期接種については、様式第八B型肝炎予防接種予診票を、風しんの第5期の定期接種については、様式第九風しんの第5期の予防接種予診票を、ロタウイルス感染症の定期接種については様式第十ロタウイルス感染症予防接種予診票を、それぞれ参考にして予診票を作成すること。

なお、満16歳以上であって未成年である者に対するヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（キャッチアップ接種を含む。）及び日本脳炎の定期接種については、各市町村の判断で、本人の同意の他、保護者に対して接種の意向を確認することは差し支えない。この場合であっても、満16歳以上の者は保護者の同意は必要無く、予防接種を受けるかどうかについて満16歳以上の者が自ら判断できることから、保護者の意向により判断することなく、本人の同意の有無によって接種の実施を判断するよう留意すること。ただし、仮に予診票の自署欄に保護者の自署が記載されていた場合であっても、本人が接種を受けることを同意していることについて明示的に確認できる場合には、自署欄の修正は不要である。

なお、予診票については、予防接種の種類により異なる紙色のものを使用すること等により予防接種の実施に際して混同を来さないよう配慮すること。

(2)～(3) (略)

10 (1) (略)

(2)

(中略)

なお、被接種者が満16歳以上である場合は、この限りではない。

種については様式第六高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票を、B型肝炎の定期接種については、様式第八B型肝炎予防接種予診票を、風しんの第5期の定期接種については、様式第九風しんの第5期の予防接種予診票を、ロタウイルス感染症の定期接種については様式第十ロタウイルス感染症予防接種予診票を、それぞれ参考にして予診票を作成すること。

なお、予診票については、予防接種の種類により異なる紙色のものを使用すること等により予防接種の実施に際して混同を来さないよう配慮すること。

(2)～(3) (略)

10 (1) (略)

(2)

(中略)

なお、被接種者が既婚者である場合は、この限りではない。

| | |
|--|--|
| <p>(3) ~ (6) (略)</p> <p>1 1 (中略)</p> <p>なお、児童福祉施設等において、接種の機会ごとに保護者の文書による同意を得ることが困難であることが想定される場合には、当該施設等において、保護者の包括的な同意文書を事前に取得しておくことも差し支えなく、また、被接種者が<u>満 16 歳以上</u>である場合は、被接種者本人の同意にて足りるものとする。</p> <p>(中略)</p> <p>1 2 (1) (略)</p> <p>(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こと。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>ウ 被接種者又は保護者は、イの場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに当該予防接種を行った市町村の担当部局に連絡すること。</p> <p>1 3 A 類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項</p> <p>(1) ~ (4) (略)</p> <p>(5) 保護者の同伴要件</p> <p>集団接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。</p> <p>ただし、政令第 1 条の 3 第 2 項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第 2 項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(いずれも 13 歳以上の者に接種する場合に限る。)において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上</p> | <p>(3) ~ (6) (略)</p> <p>1 1 (中略)</p> <p>なお、児童福祉施設等において、接種の機会ごとに保護者の文書による同意を得ることが困難であることが想定される場合には、当該施設等において、保護者の包括的な同意文書を事前に取得しておくことも差し支えなく、また、被接種者が<u>既婚者</u>である場合は、被接種者本人の同意にて足りるものとする。</p> <p>(中略)</p> <p>1 2 (1) (略)</p> <p>(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こと。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>ウ 被接種者又は保護者は、イの場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに当該予防接種を行った市町村<u>(特別区を含む。以下同じ。)</u>の担当部局に連絡すること。</p> <p>1 3 A 類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項</p> <p>(1) ~ (4) (略)</p> <p>(5) 保護者の同伴要件</p> <p>集団接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。</p> <p>ただし、政令第 1 条の 3 第 2 項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第 2 項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(いずれも 13 歳以上の者に接種する場合に限る。)において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上</p> |
|--|--|

の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

また、接種の実施に当たっては、被接種者本人が予防接種不適合者又は予防接種要注意者か否かを確認するために、予診票に記載されている質問事項に対する回答内容に関する本人への問診を通じ、診察等を実施した上で、必要に応じて保護者に連絡するなどして接種への不適合要件の事実関係等を確認するための予診に努めること。

なお、被接種者が満 16 歳以上である場合は、この限りではない。

(6) ~ (7) (略)

14 ~ 24 (略)

第2 各論

1 ~ 6 (略)

7 (1) ~ (2) (略)

(3) 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年4月1日から令和7年3月31日までの3年間の期間中に実施し、平成9年4月2日から平成18年4月1日までの間に生まれた女子を対象者とする。

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年4月2日から平成19年4月1日までの間に生まれた女子及び平成19年4月2日から平成20年4月1日までの間に生まれた女子）についても、順次、対象者とする。

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、対象者とする。その際、接種を初

の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

また、接種の実施に当たっては、被接種者本人が予防接種不適合者又は予防接種要注意者か否かを確認するために、予診票に記載されている質問事項に対する回答内容に関する本人への問診を通じ、診察等を実施した上で、必要に応じて保護者に連絡するなどして接種への不適合要件の事実関係等を確認するための予診に努めること。

なお、被接種者が既婚者である場合は、この限りではない。

(6) ~ (7) (略)

14 ~ 24 (略)

第2 各論

1 ~ 6 (略)

7 (1) ~ (2) (略)

(新設)

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。

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。

(ア) 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。

(イ) 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。

(4) 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、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 回行うこと。

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 月半以上の間隔をおいて 3 回目を

(3) 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、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 回行うこと。

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。

(5) 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。

(6) 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、免疫原性及び有効性に関するデータは限定的であることから、同一の者には、原則、過去に接種歴のあるワクチンと同一の種類のワクチンを使用すること。

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

(4) 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。

(5) 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、免疫原性及び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こと。

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。

(7) (略)

(8) (略)

(9) (略)

(10) (略)

8～12 (略)

(6) (略)

(7) (略)

(8) (略)

(9) (略)

8～12 (略)

様式第一 ～ 様式第二 (略)

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

| | | |
|---------|--------|-------------|
| 姓 名 | 診療所の名称 | 度 分 |
| 受ける人の氏名 | 性別 男 女 | 平成・令和 年 月 日 |
| 保護者の氏名 | 性別 男 女 | (満 歳 月 日) |

※ 接種を受ける人が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 いいえ | |
| 今日の接種は何回目ですか | 1回目 2回目 3回目 | |
| これまでに接種した日付、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サーバックス(2価) ②ガーダシル(4価) ③その他のものから、下記の①-③のいずれかを○で囲んでください。 (注2) 保護者又は接種者・医師は、接種したワクチンの種類に努めてください。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 年 月 日 2回目 年 月 日 ① / ② / ③ | |
| 今日体に具合が悪いところがありますか (接種前の状態を指してかきこい) | はい いいえ | |
| 最近1か月以内に発熱にかかきましたか (発熱) | 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が2つあり、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 () 薬名 | 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せんか | 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 | |
| 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16歳以上の場合は本人)に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明をいたしました。
医師署名又は署名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、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。
保護者又は接種者自身
(※接種者が16歳未満の場合は保護者自身)

| | | |
|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| 接種ワクチン名 | 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 |

様式第一 ～ 様式第二 (略)

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 | 診療所の名称 | 度 分 |
| 受ける人の氏名 | 性別 男 女 | 平成・令和 年 月 日 |
| 保護者の氏名 | 性別 男 女 | (満 歳 月 日) |

| 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 | |
| 今日体に具合が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か月以内に発熱にかかりましたか (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が2つあり、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 () 薬名 | 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せんか | 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 | |
| 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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明をいたしました。
医師署名又は署名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)自身

| | | |
|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| 接種ワクチン名 | 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 |

※ 接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

ヒトパロロー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)

ヒトパロロー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。

※【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10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、保護者の同意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10歳以上の者を除く。))の方へのヒトパロロー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、印刷し、納得してお子様と予防接種を受けることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同意なくと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した。
(※目的は、保護者必ず捺印させていただきます。)

1 ヒトパロローウイルス (HPV) 感染症の症状について

ヒトパロローウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分隔されています。これらのうち上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、生薬製剤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90%以上が、生涯で一度は感染してい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、16型、18型およびそれと2種類のHPVに由来する、海外の子宮頸がん発生の約70%に属していると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、喉頭がん以外にも少なくとも90%のHPV型、40%のHPV型、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、生薬製剤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

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類はヒトパロローウイルス (HPV) のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお母様は、これらに対する免疫を獲得することができます。個別に免疫ができる、HPVにかかるとを防ぐことができます。
ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がみられることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパロローウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応(腫痛、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発熱があらわれることがあります。注射による副反応を除くため、接種後30分程度は休養を仰ぐことのできる併用したあるソファに寝るなどして経過を見守るようしてください。

※ 詳しくは、市町村のホームページや随時提供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

○予防的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被るなどの健康被害が生じた場合には、予防接種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、入院手当、障害者年金、障害年金、死亡一時金、葬料等の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬料以外については、補償が終了する又は被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、別府県(予防接種をする前あるいは後に罹患した感染症あるいは他の原因)によるものなどの因果関係は、予防接種・感染の物理・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。

※ 補償申請が必要が生じた場合には、診療した医師、保健所、お住まいの市町村の予防接種推進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、かかりつけ医師等に相談の上、接種するかどう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 服用中の薬物(アレルギー反応を引き起こす可能性がある場合)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかの場合
③ 受けるべき予防接種の種類や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、妊娠している方は場合は、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10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。

保護者自署
住所
緊急の連絡先

※ 本様式は、ヒトパロロー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10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できるようにしてください。
満10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。

以下(略)

様式第五 ~ 様式第十 (略)

ヒトパロロー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)

ヒトパロロー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。

※【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、保護者の同意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)の方へのヒトパロロー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、印刷し、納得してお子様と予防接種を受けることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同意なくと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した。
(※目的は、保護者必ず捺印させていただきます。)

1 ヒトパロローウイルス (HPV) 感染症の症状について

ヒトパロローウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分隔されています。これらのうち上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、生薬製剤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90%以上が、生涯で一度は感染してい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、16型、18型およびそれと2種類のHPVに由来する、海外の子宮頸がん発生の約70%に属していると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、喉頭がん以外にも少なくとも90%のHPV型、40%のHPV型、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、生薬製剤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

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類はヒトパロローウイルス (HPV) のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお母様は、これらに対する免疫を獲得することができます。個別に免疫ができる、HPVにかかるとを防ぐことができます。
ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がみられることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパロローウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応(腫痛、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発熱があらわれることがあります。注射による副反応を除くため、接種後30分程度は休養を仰ぐことのできる併用したあるソファに寝るなどして経過を見守るようしてください。

※ 詳しくは、市町村のホームページや随時提供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

○予防的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被るなどの健康被害が生じた場合には、予防接種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、入院手当、障害者年金、障害年金、死亡一時金、葬料等の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬料以外については、補償が終了する又は被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、別府県(予防接種をする前あるいは後に罹患した感染症あるいは他の原因)によるものなどの因果関係は、予防接種・感染の物理・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。

※ 補償申請が必要が生じた場合には、診療した医師、保健所、お住まいの市町村の予防接種推進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、かかりつけ医師等に相談の上、接種するかどう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 服用中の薬物(アレルギー反応を引き起こす可能性がある場合)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかの場合
③ 受けるべき予防接種の種類や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、妊娠している方は場合は、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。

保護者自署
住所
緊急の連絡先

※ 本様式は、ヒトパロロー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でき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。

以下(略)

様式第五 ~ 様式第十 (略)