

HPV ワクチン 副反応追跡調査について（案）

1. 追跡調査の目的

HPVワクチン接種後に生じた症状について、その後の転帰、状況及び治療の内容について実態を調査する。

2. 調査対象

追跡調査の対象は原則として^{注1)} 全ての副反応報告。^{注2)}

(注1) ただし、発症後7日以内に回復したと報告されている患者は「速やかに回復したことが既に判明している患者」として整理し、本調査の対象外とする。また、ワクチンとの関係について専門家の間で結論が出ている死亡例についても対象外とする。

(注2) 平成26年3月末時点では2475例。

(※) 今後新たに副反応報告が提出されれば、追跡対象に加える。

(※) 回復した後に再度症状が出現した患者については、医療機関から再度新たに副反応報告を提出していただく。

3. 調査方法

医師に調査票（案は別添のとおり）を記入していただく。

4. 転院等により追跡ができなくなった場合の対応

(1) 医療機関報告がある患者については自治体経由で調査。（参考チャート参照）

(2) 企業報告しかない報告については、企業から医療機関に、医療機関報告を直接厚生労働省に提出していただくよう依頼。

(※) 医療機関の協力が得られない等の理由により追跡不能例もあり得る。

(※) 企業報告は個人情報を含まないため、自治体経由での追跡調査をするためには個人情報を含む医療機関報告を提出していただく必要がある。

9. 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

⇒ 「○はい」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

10. 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： _____ @ _____

HPVワクチン接種後の副反応として報告された症例の追跡調査

参考チャート

