ヒトパピローマウイルス感染症予防接種同意書（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

〇保護者の方へ：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】

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が、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、納得してお子様に予防接種を受けさせ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した。

（接種当日に保護者が署名したこの同意書と予診票を持参させてください。）

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、疑問点があれば、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

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少なキズから、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。

2　予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類のヒトパピローマウイルス（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反応

主な副反応は、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反応としては、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、厚生労働省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

○　定期の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。

○　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　明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合

⑤　その他、医師が不適当な状態を判断した場合
なお、現在、妊娠している方の場合は、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。

【問い合わせ先】
品川区保健予防課　予防接種担当　℡ 03－5742－9152

品 川 区

被接種者が 13 歳以上 16 歳未満で、保護者が同伴しない場合は同意書の提出が必要です。

※被接種者が 16 歳以上の場合は、保護者の同伴と同意書は不要です

同　意　書

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

これまで記載されている内容をよく読み、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、自署欄に記載する必要はありません。

ヒトパピローマウイルス感染症ワクチン（子宮頸がん）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、本様式が品川区に提出されることに同意します。

年　　月　　日

ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）ワクチン

1 回目接種・2 回目接種・3 回目接種

※いずれかに○をつけてください。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

※　接種当日、保護者の方に緊急に連絡が取れる電話番号

同意書および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。

※保護者が同伴する場合は必要ありません。

- 「保護者が同伴する場合」には、別紙「予防接種予診票（2 枚複写）」に必要事項を記入の上、お持ちください。この同意書は必要ありません。
- 「保護者が同伴しない場合」で接種を希望する場合には、上記の保護者自署欄に必要事項を記入し、別紙「予防接種予診票（2 枚複写）」にも保護者が署名した上で、お子さんに持たせてください。
- 不明点は、品川区保健予防課　（電話　03－5742－9152）まで