

4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）の接種を希望される
未成年者の保護者の方へ

当院ワクチン外来において、子宮頸がん予防ワクチンの接種を希望される未成年の方への対応を以下の通りとします。

1：9 歳未満の方

4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）の対象は 9 歳以上であり、接種は行いません。

2：9 歳~15 歳までの方

4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）を、保護者同伴のもとで接種します。保護者が同伴していない場合は、接種できません。

3：16 歳~19 歳までの方

4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）の接種は、保護者同伴を原則としますが、御本人のみの受診であっても、以下に示す「4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）接種要請書」を持参している場合は接種を行います。

＜接種要請書の作成＞

保護者の方は、2 ページの「4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）接種のお知らせ」をご一読いただき、ワクチンの意義、効果及び副反応をご理解いただいた上で、3 ページの「4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）接種要請書」をプリントアウトし、必要事項を直接記入してください。

4 価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）

接種開始のお知らせ

平成 23 年 12 月 12 日より、4 価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン（商品名 ガーダシル®）の接種を開始いたします。国内では、既に子宮頸がんの原因となる 16 型、18 型を含む 2 価 HPV ワクチン（商品名 サーバリックス®）が先行して使用されておりますが、ガーダシルは、16 型、18 型に加えて、コンジローマの原因となる 6 型、11 型を含んだ 4 価 HPV ワクチンです。

子宮頸がんは、近年 20-30 歳代の若い女性で発症率が高いことが知られています。また、コンジローマは症状の良性疾患ですが、いったん発症すると多発しやすく、治療の完了までに長期間を有します。ガーダシル®の接種により両者の予防が期待できます。また、子宮頸がんの予防については、20 歳より開始される子宮がん検診も併せて受けることで、早期発見、早期治療につながります。

ガーダシル®の接種対象者は、9 歳以上の女性となっています。ガーダシル®の標準的な接種スケジュールは、初回接種を 0 カ月として、0、2、6 か月の 3 回接種となります。

ワクチンの副反応として、主なものは接種部位の疼痛、腫脹、かゆみであり、接種された数%の方に発熱、頭痛などを認めております。いずれの副反応も、一時的なものであり、短期間で回復いたします。

ガーダシル®の接種開始にともない、サーバリックス®の当院での接種は終了いたします。また、以前サーバリックス®を 1 回あるいは 2 回接種されている方への追加接種として、ガーダシル®を使用することはできません。サーバリックス®の接種を希望される方は、サーバリックスを使用されている他の医療機関への受診をお願いいたします。

接種要請書

4価ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル®）の接種にあたり、ワクチン接種の意義、目的、副反応を十分に理解した上で、保護者の判断により下記の子に接種させることを希望します。

（保護者の自筆で以下の項目を記入）

<接種対象者の氏名、生年月日>

氏名

生年月日

<保護者連絡先>

住所

電話番号

保護者署名