



福島医発第2371号（地）

平成26年11月27日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

（公 印 省 略）

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係る
追跡調査の実施について

標記追跡調査の実施につきましては、平成26年11月13日付け福島医発第2248号（地）にてご連絡申し上げているところですが、今般、別紙の通り厚生労働省より福岡県保健医療介護部を通じて、調査票の下記の箇所を修正した旨、連絡がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件につきましてご了知いただき、貴会会員への周知協力方ご高配賜りますようお願いいたします。

記

【修正箇所】

通知に添付してあった『調査票』の以下の箇所。

誤：7. ※1 「症状」については、5. にある症状のリストに従い、…

正：7. ※1 「症状」については、6. にある症状のリストに従い、…

小郡三井医師会より

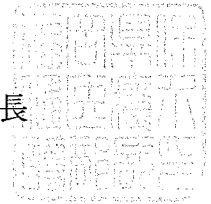
予防接種担当理事 田中泰之
会長 廣瀬真恵

26保衛第2311号-2
平成26年11月19日

公益社団法人福岡県医師会長
公益社団法人福岡県病院協会
一般社団法人福岡県私設病院協会
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部長
一般社団法人福岡県精神科病院協会
公益社団法人福岡県薬剤師会

殿

福岡県保健医療介護部長
(保健衛生課感染症係)



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係る
追跡調査の実施について

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り
厚くお礼申し上げます。

さて、平成26年11月5日付け26保衛第2311号にて周知依頼をした標
記に関して、厚生労働省健康局結核感染症課から調査票の下記の箇所の修正を行
った旨の連絡がありましたのでお知らせします。

つきましては、貴会会員に対し改めて周知いただきますようお願いします。

なお、福岡県予防接種センターへは、当課から別途通知していますので申し添
えます。

記

○ 修正を行った箇所

通知に添付してあった『調査票』の以下の箇所。

誤：7. ※1 「症状」については、5. にある症状のリストに従い、...

正：7. ※1 「症状」については、6. にある症状のリストに従い、...

【お問い合わせ先】

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号
福岡県保健医療介護部保健衛生課感染症係 岩見
TEL：092-643-3268 FAX：092-643-3282
MAIL：iwami-a6179@pref.fukuoka.lg.jp



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、6. 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： _____ @ _____