

<子宮頸がんワクチンに関するアンケートご協力のお願い>

平成28年 2月29日

長泉町健康増進課

このアンケートは、子宮頸がんワクチン接種後の症状について調査するため、ワクチン接種をした方を対象にお願いしているものです。

子宮頸がんワクチンについては、平成22年から全国の自治体において、無償で接種が受けられるようになり、これまでに多くの中学生や高校生が接種を受けています。ところが、中には副反応と考えられる様々な身体の不調を訴える方が存在することが指摘されたため、現在はこのワクチン接種について積極的に推奨することを一時中止していますが、ワクチン接種との関係は明らかになっていません。

そこで、町では接種を開始した平成22年10月から平成27年3月までに町内在住で、子宮頸がんワクチンを接種した方を対象に、体調不良の有無、有る場合の症状や受診の有無等の実態把握と、今後町が実施可能な対策を検討する目的で、アンケート調査を行うことにしました。

この調査は無記名ですので、御記入した方が特定されたり不利益が生じることはありません。御回答いただいた内容は統計的な処理にのみ用いられます。

お忙しいところ大変申し訳ありませんが、別紙のアンケート用紙にご記入の上、表記の回収先に**3月18日までにFAXまたは郵送（切手は必要ありません）**でお送りください。ご本人様が記入することが困難な場合は、保護者の方がご記入ください。

どうぞご協力いただきますようお願いいたします。

専用の相談窓口ができました。体調のすぐれない方はご利用ください。

☆子宮頸がんワクチン健康被害総合相談窓口

相談窓口	電話番号	相談受付時間
厚生労働省委託業者	03-5524-8137	月～金曜日 9:00～21:00 (祝休日及び年末年始を除く)
静岡県健康福祉部	054-221-2986	月～金曜日 8:30～17:15 (祝休日及び年末年始を除く)

☆子宮頸がんワクチン接種後に生じた症状による学校生活に関する相談窓口

相談窓口	電話番号	相談受付時間
静岡県教育委員会事務局	054-221-3176	月～金曜日 8:30～17:15 (祝休日及び年末年始を除く)

☆子宮頸がんワクチン接種後に生じた症状の診療ができる医療機関

病院名	電話番号
順天堂大学医学部附属静岡病院 麻酔科	055-948-3111
浜松医科大学医学部附属病院 産科・婦人科	053-435-2662

子宮頸がんワクチン接種後に生じた症状が重く、医療機関に受診した方

接種との関連性が認定されると、医療費や医療手当が支給される場合があります。認定を受けるためには、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）に請求する必要がありますが、支給対象となるのは、請求した日から遡って5年以内に受けた医療に限られていますので、至急請求いただきますようお願いいたします。具体的な請求方法、必要書類、請求書類の様式やその記載方法等については、以下の相談窓口にお問合せください。

相談窓口	電話番号	相談受付時間
独立行政法人医薬品医療機器 総合機構（PMDA）	フリーダイヤル 0120-149-931 ご利用になれない方は 03-3506-9411	月～金曜日 9:00～17:00 (祝休日及び年末年始を除く)

<参考> 子宮頸がんワクチンに関する現状

平成22年11月から、国が予算化した「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金」により、県が基金を設置し、市町が実施するワクチン接種（任意接種を無料で実施できるようにする）に対する助成制度を創設しました。その後、平成25年4月からは定期接種化されたものの、接種者の一部にワクチン接種との因果関係を否定できない持続的な疼痛が見られたことから、平成25年6月に国は子宮頸がんワクチンの積極的勧奨の差控えを決定しました。平成28年2月現在も再開されていません。現在国では原因究明に努めています。

＜アンケート用紙＞ ※全部で3ページです

身体の状態や学校生活などについて、おうかがいします

質問1. 中学1年から現在までの間に、次のような身体の不調を経験しましたか？経験したことがあれば、その番号に○をつけ、右の項目にご記入ください。ただし、風邪をひいて頭が痛かったなど、原因がはっきりしている一時的な症状は「あり」に含めないでください。

番号 (該当の番号に○)	症状	いつ頃から 始まりましたか？	受診しましたか？ (どちらかに○)	現在もありますか？ (どちらかに○)
1	月経不順・月経量の異常	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
2	関節やからだの痛み	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
3	いつもひどく頭が痛い	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
4	身体がだるい・すぐに疲れる	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
5	集中できない	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
6	物覚えが悪くなった	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
7	簡単な計算ができなくなった・簡単な漢字が思い出せなくなった	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
8	なかなか眠れない	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
9	異常に長く寝てしまう	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
10	身体が自分の意思に反して動く	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
11	普通に歩けなくなった・杖や車いすが必要になった	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
12	突然脱力する	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
13	筋肉に力が入らない	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
14	視野に異常がある	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
15	視力が急に低下した	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
16	いつもめまいがする	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
17	足がいつも冷たい	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
18	皮膚が荒れてきた (湿疹、イボなどが出てきた)	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
19	過呼吸	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
20	その他 具体的症状をさしつかえなければご記入ください ()	年 月頃	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

次ページへ続きます

質問2. 質問1でいずれかの症状の経験があると答えた方にお聞きします。

その症状のために、学校生活やクラブ活動、進学就職などに影響がありましたか？

(1) 学校生活について (あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 1 欠席した (頻度は? 週2~3回以上・週1回程度・月2~3回程度・月1回以下)
- 2 遅刻した (頻度は? 週2~3回以上・週1回程度・月2~3回程度・月1回以下)
- 3 早退した (頻度は? 週2~3回以上・週1回程度・月2~3回程度・月1回以下)
- 4 留年した
- 5 退学した
- 6 進路変更した
- 7 特に影響はなかった

(1) - 1 1~6と答えた方は、原因となった症状は質問1の表の内何番の症状ですか?
番号をご記入ください

番号:

(2) クラブ活動について (どちらかに○をつけてください)

- 1 影響があった
- 2 特に影響はなかった

(2) - 1 影響があったと答えた方は、原因となった症状は質問1の表の内何番の症状ですか?
番号をご記入ください

番号:

(3) 進学就職について (どちらかに○をつけてください)

- 1 影響があった
- 2 特に影響はなかった

(3) - 1 影響があったと答えた方は、原因となった症状は質問1の表の内何番の症状ですか?
番号をご記入ください

番号:

学校生活、クラブ活動、進学就職などの影響があったことについて、よろしければ具体的にご記入ください

次ページへ続きます

ワクチンやあなたのことについて、おうかがいします

質問3. 子宮頸がんワクチンには2種類ありますが、どちらを接種しましたか？（○をつけてください）

- 1 サーバリックス（2価ワクチン）
- 2 ガーダシル（4価ワクチン）
- 3 わからない

※子宮頸がんワクチンには2種類あり、どちらか一方を選択して接種します。どちらのワクチンで接種したかは、母子健康手帳など接種を受けた時に接種記録を記載したものを御確認ください。なお、ガーダシルの使用が開始されたのは平成23年9月からのため、平成23年8月以前に接種を開始された方は、サーバリックスで接種を受けています。

質問4. 子宮頸がんワクチンは何回接種しましたか？（○をつけてください）

- 1回 2回 3回

質問5. あなたの生年月日にあてはまるものに○をつけてください

（保護者の方が回答される場合は、お子さまの生年月日）

- 1 平成6年4月2日から平成7年4月1日
- 2 平成7年4月2日から平成8年4月1日
- 3 平成8年4月2日から平成9年4月1日
- 4 平成9年4月2日から平成10年4月1日
- 5 平成10年4月2日から平成11年4月1日
- 6 平成11年4月2日から平成12年4月1日
- 7 平成12年4月2日から平成13年4月1日

質問6. アンケートのご記入日をおしえてください

アンケート記入日 平成 年 月 日

アンケートは以上です。

この用紙は、**3月18日（金）までにFAX**いただくか同封の封筒に入れポストに投函していただきますようお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

このアンケートに関する問い合わせ先

長泉町健康増進課保健支援チーム

住所 〒411-0933 長泉町納米里549 ウェルピアながいずみ

電話 055-986-8760 FAX 055-986-8713