

## ＜令和7年度＞HPVワクチン定期予防接種のお知らせ

**重要** お早めの接種をご検討ください。

- 3回の接種完了まで約半年の期間が必要です。
- また、自費で接種する場合、3回で約9万円の費用が掛かります。

このお知らせは、HPVワクチン定期予防接種の対象者の皆様へ送付しています。

同封のチラシ及び予診票左側の説明をよくお読みいただき、HPVワクチンにより期待される効果や予想される副反応等について、よくご理解いただいたうえで接種をご検討ください。

### 1 HPVワクチンとは

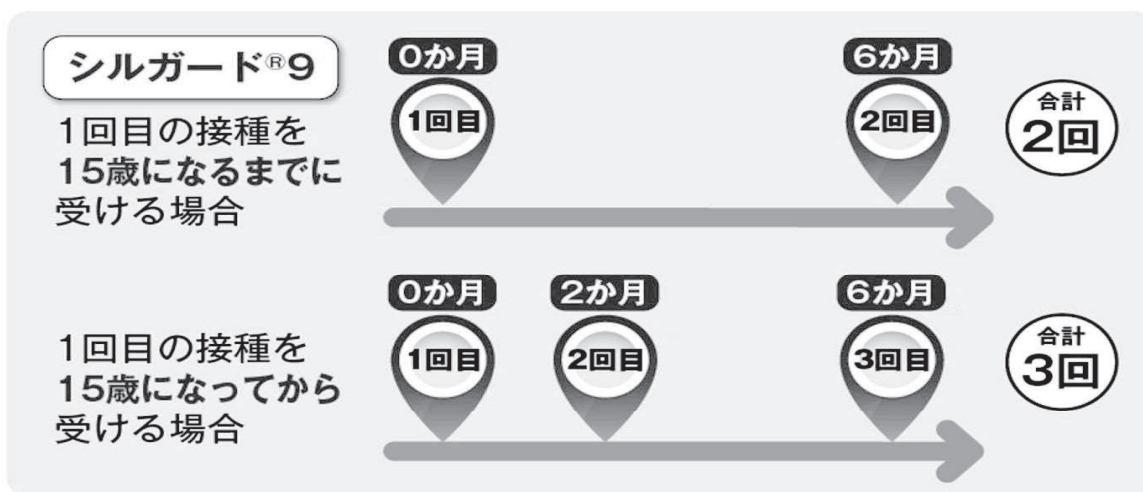
子宮頸がんの原因となる「ヒトパピローマウイルス」への感染を予防するワクチンです。

### 2 対象者

小学6年生から高校1年生相当の女子（標準接種年齢：中学1年生）

高校1年生相当の女子が公費で接種できるのは令和8年3月31日までです。

### 3 一般的な接種スケジュール



## 4 接種場所及び接種方法

京都市予防接種協力医療機関にお問合せのうえ、予約してください。  
接種当日は、必要事項を記入した予診票と、母子健康手帳又は予防接種済証（初回は不要）のいずれかをお持ちのうえ、接種を受けてください。



(詳しい情報はこちら)



(協力医療機関はこちら)

## 5 安全性及び有効性について

HPVワクチン接種について、令和3年11月12日に開催された国の会議において、安全性について特段の懸念が認められないことが確認され、接種による有効性が副反応のリスクを明らかに上回ると認められています。

## 6 副反応があった場合の対応及び予防接種健康被害救済制度

ワクチン接種後、健康状態に気になる症状などが生じた場合は、予防接種を受けた医療機関で診察を受けてください。

また、極めてまれですが、予防接種を受けた方に重い健康被害が生じる場合があります。

HPVワクチンに限らず、日本で承認されている全てのワクチンについて、ワクチン接種によって健康被害が生じた場合は、申請し認定されると、法律に基づく救済（医療費・障害年金等）の給付が受けられます。

## 7 接種に関する相談窓口

相談先	電話番号	開設日・開設時間
京都府予防接種相談センター	075-811-9150	月、木、金（祝日除く） 9時～17時
京都市保健福祉局 医療衛生推進室医療衛生企画課 （予防接種担当）	075-222-4421	平日 8時45分～17時30分
各区の区役所・支所 保健福祉センター 子どもはぐくみ室	お住まいの区の区役所・支所保健福祉センターにお問合せください。	平日 9時～17時
厚生労働省 感染症・予防接種相談窓口	03-5656-8246	平日 9時～17時（年末年始除く）

## 8 このお知らせに関する問合せ先

京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（予防接種担当）

電話：075-222-4421 FAX：075-708-6212

# 今だからこそ予防できる“がん”があります



## どのくらいの方が子宮頸がんになるの？

- 日本では毎年、約1.1万人の女性が子宮頸がんにかかり、毎年、約3,000人の女性が子宮頸がんで亡くなっています。
- 患者さんは20歳代から増え始めて、30歳代までにがんの治療で子宮を失ってしまう(妊娠できなくなってしまう)人も、1年間に約1,000人います。

出典：国立がん研究センターがん情報サービス2021年全国推計値に基づく累積罹患リスク、2024年累積死亡リスク、2024年人口動態統計がん死亡データより

## HPVワクチンの一般的な接種スケジュール

日本では、小学校6年～高校1年相当の女の子を対象に、子宮頸がんの原因となるHPVの感染を防ぐワクチン(HPVワクチン)の接種を提供しています。



※1 1回目と2回目の接種は、少なくとも5か月以上あけます。5か月未満である場合、3回目の接種が必要になります。  
 ※2・3 2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の2か月後と6か月後にできない場合、2回目は1回目から1か月以上(※2)、3回目は2回目から3か月以上(※3)あけます。

## 子宮頸がんで苦しまないためにできることは？

### ポイント①

HPVワクチンで  
HPVの感染を予防



### ポイント②

子宮頸がん検診で  
がんを早く見つけて治療

ワクチンを接種していても、していなくても、  
20歳になったら子宮頸がん検診を必ず定期的に受けてください

## 公費でHPVワクチンを接種できる対象者は？

小学校6年～高校1年相当の女性

HPVワクチンについて、もっと詳しく知りたい方は厚生労働省のホームページをご覧ください。



厚生労働省 HPV

HPVワクチンに関するよくあるご質問(Q&A)については、こちらをご確認ください。



ひと、くらし、みらいのために  
厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare



HPVワクチンの公費接種

高校1年相当が最終年度

小学6年～高校1年生相当の女の子が対象

高校1年相当

(今年4月1日時点で15歳)の女の子  
と保護者の方へ



公費による

HPVワクチンの接種は

今年度末(来年の3月末)までです

子宮頸がんは、若い年齢層で発症する割合が比較的高いがんです。

毎年1万人以上の女性が子宮頸がんにかかり、

毎年3,000人以上の女性が子宮頸がんで亡くなっています。

小学校6年～高校1年相当の女の子を対象に

子宮頸がん予防のための  
HPVワクチンの公費による接種を提供しています。

高校1年相当(今年4月1日時点で15歳)の女の子は、

公費による接種期間の最終年度にあたります。

接種は合計3回で、完了するまでに約6か月かかるため、接種を希望する方は、

今年の9月までに接種を開始することをご検討ください。

HPVワクチン接種について  
もっと詳しく知りたい方はこちら

厚生労働省ホームページ

厚労省 HPV 検索



HPVワクチンに関する  
よくあるQ&Aはこちら



対象の方には、お住まいの市町村から接種券が届いています。

お手元がない場合は、再発行も可能ですので、市町村にお問い合わせください。

07.07 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票  
(被接種者が13歳以上16歳未満であり、かつ、保護者が同伴しない場合)  
(満16歳以上の方は一番右の予診票をご利用ください)

**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**

1 ヒトパピローマウイルス感染症の症状について  
ヒトパピローマウイルス（HPV）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小なキズから、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。  
まれ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。重い副反応はなくても、腫脹が目立つときなどは医師に相談してください。

※2価・4価・9価ワクチンのその他の特徴等につきましては医療機関にお尋ねください。

3 予防接種による健康被害の救済制度について  
定期的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。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（予防接種をする前又は後に紛れ込んだ感染症、別の原因等）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で審議され、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。

(裏面もお読みください。)

----- (お医者さんに切り取ってもらうこと) -----

**HPV予防接種券**

フリガナ \_\_\_\_\_

被接種者氏名 (西暦・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所 京都市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 ※ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

医療機関記入欄  
接種回数及び接種ワクチンを○で囲んでください  
接種回数 (1回目・2回目・3回目) ワクチン (2価・4価・9価)  
前回接種ワクチンが不明の場合、右欄にチェック

接種年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

使用ワクチン サーバリックス(2価) ロット番号 \_\_\_\_\_  
サーダシル(4価)  \_\_\_\_\_  
シルガード9(9価)  \_\_\_\_\_

※被接種者が満16歳以上の場合、記入する必要はありません。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票  
(被接種者が13歳以上16歳未満であり、かつ、保護者が同伴しない場合)  
(満16歳以上の方は一番右の予診票をご利用ください)

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、子どもに接種させることに同意します。  
なお、本説明書は、保護者が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うえ、本様式が京都市に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、被接種者が13歳以上16歳未満であり、かつ、保護者が同伴しない場合に必要なものです。該当する場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。  
保護者署名欄は上下2か所ありますので、記入漏れにご注意ください (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。)。また、接種当日にご記入ください。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分 \_\_\_\_\_ 年 月 日記入

住 所 京都市 \_\_\_\_\_ 区

(ふりがな) ( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生(満 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)  
受ける人の氏名 \_\_\_\_\_

質 問 事 項	回 答 欄			医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか	はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください	1回目	① / ② / ③ / ④		
(注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。		年 月 日 歳		
(注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	2回目	① / ② / ③ / ④		
		年 月 日 歳		
今回接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか (注) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③			
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( _____ )	はい	いいえ		
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( _____ )	はい	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( _____ )	はい	いいえ		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ( _____ )	はい	いいえ		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ( _____ ) 歳頃	はい	いいえ		
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ		
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ		
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ		
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ( _____ )	はい	いいえ		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。	はい	いいえ		

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮したうえで接種することに同意しますか  
( 同意します ・ 同意しません ) ※かつこのどちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

医師記入欄  
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる ・ 見合わせた方がよい )と判断します。接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。

医師署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票  
(保護者が同伴する場合、又は被接種者が満16歳以上の場合)

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分 \_\_\_\_\_ 年 月 日記入

住 所 京都市 \_\_\_\_\_ 区

(ふりがな) ( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生(満 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)  
受ける人の氏名 \_\_\_\_\_

保護者の氏名 ※ \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ※被接種者が満16歳以上の場合には記載する必要はありません。

質 問 事 項	回 答 欄			医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか	はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください	1回目	① / ② / ③ / ④		
(注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。		年 月 日 歳		
(注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	2回目	① / ② / ③ / ④		
		年 月 日 歳		
今回接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか (注) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③			
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( _____ )	はい	いいえ		
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( _____ )	はい	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( _____ )	はい	いいえ		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ( _____ )	はい	いいえ		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ( _____ ) 歳頃	はい	いいえ		
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ		
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類 ( _____ )	はい	いいえ		
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ		
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ( _____ )	はい	いいえ		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。	はい	いいえ		
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ		

<医師記入欄> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる・見合わせた方がよい )と判断します。被接種者(被接種者が満16歳未満の者の場合は保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) ※かつこのどちらかを○で囲んでください。この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

保護者(被接種者が満16歳以上の場合は本人) 自署 \_\_\_\_\_

----- (お医者さんに切り取ってもらうこと) -----

**ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種済証(定期)**

住 所 京都市 \_\_\_\_\_ 区

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 平成・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

接種回数	接種日	ワクチンの種類	メーカー/ロット
1回目	年 月 日	2価・4価・9価	
2回目	年 月 日	2価・4価・9価	
3回目	年 月 日	2価・4価・9価	

京都市長 \_\_\_\_\_

接種医療機関 \_\_\_\_\_

----- (お医者さんに切り取ってもらうこと) -----

----- (お医者さんに切り取ってもらうこと) -----

## 裏面

### ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 (保護者が同伴する場合、又は被接種者が満16歳以上の場合)

#### 医師記入欄

※特記事項		
※異常所見		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(筋肉内接種)	実施場所
Lot No.		医師名
有効期限	ml	接種年月日 年 月 日

※必要があると判断された場合のみ記入してください。

#### 接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

来院又は連絡日	月 日	接種後	日目
副反 応			
発熱	℃	接種後	日目
	℃	接種後	日目
腫脹・硬結	程度 強・中・弱	接種後	日目から
	部位 全身・体の一部（		）
その他	鼻汁・不元気・食欲低下・せき・その他（		）
	※接種前湿しんのあった者	状態 増悪・不変・軽快	
	大きさ 拡大・縮小		
再来院日			
治療・検査・経過観察	要・否	カルテ作成	社・国・自費、No.
備考			

京都市保健福祉局

### ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 (被接種者が13歳以上16歳未満であり、かつ、保護者が同伴しない場合)

#### 医師記入欄

※特記事項		
※異常所見		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(筋肉内接種)	実施場所
Lot No.		医師名
有効期限	ml	接種年月日 年 月 日

※必要があると判断された場合のみ記入してください。

#### 接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

来院又は連絡日	月 日	接種後	日目
副反 応			
発熱	℃	接種後	日目
	℃	接種後	日目
腫脹・硬結	程度 強・中・弱	接種後	日目から
	部位 全身・体の一部（		）
その他	鼻汁・不元気・食欲低下・せき・その他（		）
	※接種前湿しんのあった者	状態 増悪・不変・軽快	
	大きさ 拡大・縮小		
再来院日			
治療・検査・経過観察	要・否	カルテ作成	社・国・自費、No.
備考			

京都市保健福祉局

### ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 (被接種者が13歳以上16歳未満であり、かつ、保護者が同伴しない場合)

#### 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うえ、接種するか否かを決めてください。

また、次のとおり接種できない場合がありますので、確認してください。

以下の項目に該当する人は受けられません。

- ①明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます。）がある人
  - ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
  - ③ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けてアナフィラキシー（アレルギー反応）を起こしたことがある人
  - ④その他、予防接種を行うことが不適当な状態にあると医師が判断した人
- ※ 疾病によっては、治癒後一定期間予防接種が受けられない場合がありますので、医師にご相談ください。
- なお、現在、妊娠している方は場合は、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。

以下の項目に該当する人は、接種前に医師にご相談ください。

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害等の基礎疾患がある人
- ②予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発しん等のアレルギーを疑う症状を起こしたことがある人
- ③過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ④過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑤接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれがある人

- 保護者の方へ（下記事項をよくお読みください。）  
上記の内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子様に接種することを決めてください。接種されることを決定した場合は、予診票の保護者自署欄（2か所）に署名してください（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、自署欄には何も記載しないでください。



HPVワクチンの予防接種はお済みですか？

今なら無料で接種可能です。

ご家族でご検討ください。



差出人



京都市  
CITY OF KYOTO

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地  
北庁舎 3階

京都市保健福祉局

医療衛生推進室 医療衛生企画課

TEL(075)222-4421 / FAX(075)708-6212

※ すでに接種済みの方にも届く場合がございます。  
御了承ください。