

協力医療機関等への受診者を対象とする、症状の状況調査記載要領（初回登録用質問票\_\_改訂版）

様式 FW\_Q0

本調査票は、HPVワクチン接種後に何らかの症状があり、現在も治療中の方を対象にできるだけご本人に回答をお願いしております。質問票には、「初回登録用」「継続用（2回目以降用）\_\_入院」「継続用（2回目以降用）\_\_外来通院」の3種類があります。「初回登録用」は1回のみご回答いただき、2回目以降は必要に応じて「入院用」か「外来通院用」のいずれかにご回答ください。受診頻度に係わらず、毎月1回の回答票を担当医（主治医）へご提出いただきますようお願いいたします。ただし、複数月分をまとめてご提出いただくことも可能です。

1. 接種ワクチン名： サーバリックス®、ガーダシル® のいずれかをお選びください。分らない場合は、不明としてください。
2. 接種日： 1回目(①)・2回目(②)・3回目(③) の接種日をご記入ください。分らない場合は、空欄のままで結構です。
3. 現在（過去1ヶ月間を振り返って）も続いている 症状についてア～ホより選んでお答えください（複数可）。  
当てはまる症状がない場合は、「マ その他」を選択し、具体的な症状をご記入下さい。また、それぞれの症状が現れたおおよその時期をご記入ください。
4. 3.の症状のうち、最もつらかった症状の一つを選んでください。
5. ワクチン接種後に生じた症状で現在は消失している（なくなった）症状があれば、ア～ホより選んでお答えください（複数可）。当てはまる症状がない場合は、「マ その他」を選択し、具体的な症状をご記入下さい。また、それぞれの症状が消失したおおよその時期とご記入ください。
6. 過去に医師から受けた診断、その医療機関名、および受診期間についてご記入ください。
7. ワクチン接種後に生じた症状により、入院していたことがあるか否か、また、ある場合にはその期間をご記入ください。
8. ワクチン接種後に生じた症状により、継続して就学・就労に支障があったか否か、また、あった場合はその期間をご記入ください。
9. ワクチン接種を受ける前に就学・就労や日常生活のさまたげとなる症状が 約3ヶ月以上続いた ことがありましたか？あった場合は、内容（病気の名前、症状の種類、その症状が現れた時期（年齢）、持続期間、就学・就労や日常生活への影響など）を具体的にご記入ください。

（記入例）

病気の名前	症状の種類	（症状が現れた）年齢	持続期間	就学・就労や日常生活への影響
気管支喘息	息が苦しい	3歳頃	8年0ヶ月	年に数回、学校を休んだ。

10. ワクチン接種後に生じた症状による現在の病気の状態は、1～10までの数字にたとえるといくつですか？最も悪い状態を10として、数字でお答え下さい。
11. 保護者のかたにおたずねします。ご家族の構成（本人以外、父母、兄弟姉妹まで）と持病（慢性の病気）についてご記入ください。

（記入例）

本人との関係	年齢および転帰	持病の有無（病名）	発病年齢	症状持続期間
父	①生存（45歳）2. 死別 3. 離別	1. なし ②. あり（高血圧）	38歳	7年0ヶ月
母	①生存（42歳）2. 死別 3. 離別	①. なし 2. あり（ ）	32歳	10年0ヶ月
姉	①生存（20歳）2. 死別 3. 離別	1. なし ②. あり（頭痛 ）	18歳	2年0ヶ月

12. 調査票の内容について、担当の医師（主治医など）に確認してもらいましたか？  
確認済みの場合は担当医師に署名（サインまたは捺印）をもらって下さい。

## 協力医療機関等への受診者を対象とする、症状の状況調査記載要領（2回目以降用（入院）質問票\_改訂版）

本調査票は、HPVワクチン接種後に何らかの症状があり、現在も治療中の方を対象にできるだけご本人に回答をお願いしております。尚、治療の内容や、内服薬・注射薬および薬以外の治療などについては、担当の医師（主治医）にお尋ねいただいてご記入ください。2回目以降は必要に応じて「入院用」か「外来通院用」のいずれかにご回答ください。受診頻度に係わらず、毎月1回の回答票を担当医（主治医）へご提出いただきますようお願いいたします。ただし、複数月分をまとめてご提出いただくことも可能です。

1. 現在（過去1ヶ月間を振り返って）の症状について当てはまるものを、ア～ホより選んでお答えください（複数可）。  
当てはまる症状がない場合は、「マ その他」を選択し、具体的な症状をご記入下さい。
2. 1. で記入した症状のうち、最もつらかった症状を一つ選んでください。
3. 前回調査票を記入してから、ワクチン接種後に生じた症状により、継続して就学・就労に支障があったか否か、また、あった場合はその期間をご記入ください。
4. 現在受けている治療（内服薬、注射薬、薬以外の治療、外来での外科的治療 [外来で実施する手術など。神経ブロック治療を含む]）について、当てはまるものを記載してください。
5. 現在の入院状況、入院期間についてお答えください。
6. 入院のきっかけとなった症状を質問1. ア～マの中からお選びください。
7. 入院中に受けた、あるいは受けている治療（内服薬、注射薬、薬以外の治療、手術など）について、当てはまるものを記載してください。
8. 入院によって症状が変化（改善）した場合、その症状の口に「×」印を記入し、最も当てはまるものを一つ選んで番号を○で囲んでください。
9. ワクチン接種後に生じた症状による現在の病気の状態は、1～10までの数字にたとえるといくつですか？最も悪い状態を10として、数字でお答え下さい。
10. 調査票の内容について、担当の医師（主治医など）に確認してもらいましたか？  
確認済みの場合は担当医師に署名（サインまたは捺印）をもらって下さい。

## 協力医療機関等への受診者を対象とする、症状の状況調査記載要領（2回目以降用（外来通院）質問票\_\_改訂版）

本調査票は、HPVワクチン接種後に何らかの症状があり、現在も治療中の方を対象にできるだけご本人に回答をお願いしております。尚、治療の内容や、内服薬・注射薬および薬以外の治療などについては、担当の医師（主治医）にお尋ねいただきご記入ください。2回目以降は必要に応じて「入院用」か「外来通院用」のいずれかにご回答ください。受診頻度に係わらず、毎月1回の回答票を担当医（主治医）へご提出いただきますようお願いいたします。ただし、複数月分をまとめてご提出いただくことも可能です。

- 
1. 現在（過去1ヶ月間を振り返って）の症状について当てはまるものを、ア～ホより選んでお答えください（複数可）。  
当てはまる症状がない場合は、「マ その他」を選択し、具体的な症状をご記入下さい。
  2. 1. で記入した症状のうち、最もつらかった症状を一つ選んでください。
  3. 前回調査票を記入してから、ワクチン接種後に生じた症状により、継続して就学・就労に支障があったか否か、また、あった場合はその期間をご記入ください。
  4. 現在受けている治療（内服薬、注射薬、薬以外の治療、外来での外科的治療 [外来で実施する手術など。神経ブロック治療を含む]）について、当てはまるものを記載してください。
  5. ワクチン接種後に生じた症状による現在の病気の状態は、1～10までの数字にたとえるといくつですか？最も悪い状態を10として、数字でお答え下さい。
  6. 調査票の内容について、担当の医師（主治医など）に確認してもらいましたか？  
確認済みの場合は担当医師に署名（サインまたは捺印）をもらって下さい。
-