

HPV 4-भालेंट खोप (गार्डासिल®) प्राप्त गर्नेहरूका लागि 4 価 HPV ワクチン (ガーダシル®) を接種される方へ

HPV खोप लगाउनु अगाडि खोप लगाउने व्यक्तिको स्वास्थ्य अवस्था राम्ररी बुझ्नु आवश्यक छ। त्यसको लागि HPV सम्बन्धी निम्न जानकारी अनिवार्य रूपमा पढ्नुहोस। अनि खोप स्क्रिनिङ्ग प्रश्नावली सकेसम्म विस्तृत तरिकामा भर्नुहोस। HPVワクチンの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下のHPVワクチンに関する情報を必ずお読みください。また予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。

● HPV खोपको विशेषता HPVワクチンの特徴

1. हयुमन पापिलोमा भाइरस (HPV) पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था लगायत योनी र योनीमार्गमा हुने घाउ (भल्बल इन्ट्रापिथेलिएल नेओप्लासिया र भेजिनल इन्ट्रापिथेलिएल नेओप्लासिया), गुदाको क्यान्सर (स्कामस सेल कार्सिनोमा) र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, काँडिलोमा एक्यूमिनेटम (यौनाङ्गमा आउने मुसा) ल्याउने भाइरस हो। गार्डासिल® खोप पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, भल्बल इन्ट्रापिथेलिएल नेओप्लासिया, भेजिनल इन्ट्रापिथेलिएल नेओप्लासिया, गुदाको क्यान्सर (स्कामस सेल कार्सिनोमा) र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, काँडिलोमा एक्यूमिनेटम (यौनाङ्गमा आउने मुसा) सँग सम्बन्धित HPV6, 11, 16, 18 टाइपका 4 वटा HPV टाइपमा सङ्क्रमित हुनबाट जोगिने खोप हो।
2. गार्डासिल® खोप लगाएपनि यी टाइपबाहेकको HPV सङ्क्रमण वा घाउ पर्नबाट जोगिने आशा गर्न सकिंदैन। यसका साथै, यी HPV टाइपमा सङ्क्रमित भइसकेको व्यक्तिलाई गार्डासिल® खोप लगाएपनि भाइरस हटाउने, लक्षण देखा परेको पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्थालाई ढिला गराउने वा उपचार गर्न सकिंदैन।
3. गार्डासिल® खोप लगाउने बेलामा खोपमा भएको HPV टाइपहरूमध्ये कुनै टाइपमा सङ्क्रमित भइसकेको छ भने उक्त HPV टाइपबाट जोगिने आशा गर्न सकिंदैन तर यी सबै HPV टाइपमा सङ्क्रमित हुने सम्भावना कम हुन्छ, त्यसैले एउटा टाइपको HPV मा सङ्क्रमित भइसकेको अवस्थामा पनि अरू टाइपको HPV बाट जोगिने आशा गर्न सकिन्छ।
4. HPV मा सङ्क्रमित हुने सम्भावना कम भएकोले किशोरावस्थामै गार्डासिल® खोप लगाउँदा खोपमा भएको HPV टाइपअनुसार पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, भल्बल इन्ट्रापिथेलिएल नेओप्लासिया र भेजिनल इन्ट्रापिथेलिएल नेओप्लासिया, गुदाको क्यान्सर (स्कामस सेल कार्सिनोमा) र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, काँडिलोमा एक्यूमिनेटम (यौनाङ्गमा आउने मुसा) बाट प्रभावकारी तरिकामा जोगिन सकिन्छ।
5. सङ्क्रमित हुनबाट जोगिनका लागि कति समयावधिसम्म खोपको प्रभावकारिता रहन्छ भन्ने कुरा पक्का भएको छैन (※गार्डासिल® खोप प्रयोग गरेर 14 वर्षसम्म फलोअप टेस्ट गरेर त्यसको नतिजा रिपोर्ट गरिएको छ र त्यो समयावधिसम्म खोपको प्रभावकारिता रहेको कुरा पक्का गरिएको छ)।
1. ヒトパピローマウイルス (HPV) は、子宮頸がんおよびその前がん病変をはじめ、外陰や膣に発症する病変（外陰上皮内腫瘍や膣上皮内腫瘍）、肛門がん（扁平上皮癌）およびその前がん病変、尖圭コンジローマを引き起こすウイルスです。ガーダシル®は、子宮頸がんおよびその前がん病変、外陰上皮内腫瘍、膣上皮内腫瘍、肛門がん（扁平上皮癌）およびその前がん病変、尖圭コンジローマの発症に関係しているHPV6、11、16、18型の4つのHPV型の感染を予防するワクチンです。
2. ガーダシル®を接種しても、これらの型以外のHPV感染および病変発症の予防効果は期待できません。また、すでにこれらのHPV型に感染している人に対してガーダシル®を接種しても、ウイルスを排除したり、発症している子宮頸がんや前がん病変などの進行を遅らせたり、治療することはできません。
3. ガーダシル®の接種時にワクチンに含まれるいずれかのHPV型に感染している場合、そのHPV型に対する予防効果は期待できませんが、これらすべてのHPV型に感染している可能性は低いため、1つの型のHPVに感染している場合でも他の型のHPVに対する予防効果は期待できます。
4. HPVに感染する機会が少ない10代前半にガーダシル®を接種することで、ワクチンに含まれるHPV型による子宮頸がんおよびその前がん病変、外陰上皮内腫瘍、膣上皮内腫瘍、肛門がん（扁平上皮癌）およびその前がん病変、尖圭コンジローマの発症をより効果的に予防することができます。
5. 予防効果の持続期間は確立していません（※ガーダシル®で14年間までの追跡試験結果が報告されており、その期間までは予防効果の持続が確認されています）。

● HPV खोपको साइड इफेक्टबाबे HPVワクチンの副反応について

1. गाडीसिल® खोपसँग सम्बन्धित छ भनेर ठहराएको मुख्य साइड इफेक्ट निम्नअनुसार छ।
 1. ガーダシル®の接種と関連性があると考えられた主な副反応は以下のとおりです。

2. हाइपरसेस्टिभिटी (एनाफिलेक्सिस 〈सास फेर्न गाहो हुने, औँखा वा ओठ वरिपरि सुनिने आदि〉, ब्रोन्कोस्पास्म 〈अचानक स्वाँस्खाँ आउने〉, डाबर आदि), गिलन-बरे सिन्ड्रोम (दुइटा खुटाको तलबाट माथितिर हुने पक्षाधात), थोम्बोसाइटोपेनिक परपुरा (नाकबाट रगत, गिजाबाट रगत, महिनावारीमा रगत ढीनिस्कने आदि), एक्युट डिसीमिनेटेड एन्सेफैलोमाइलाइटिस (पक्षाधात, पर्सेच्युअल डिसअर्डर, मुभमेन्ट डिसअर्डर आदि) देखा पर्न सक्छ। यस्ता लक्षण देखा परेमा तुरुन्तै डाक्टरलाई देखाउनुहोस्।
 3. उचित तरिकामा गार्डसिल® खोप लगाएतापनि स्वास्थ्यमा क्षति पुगेको खण्डमा कस्तो क्षति र कतिको क्षति भयो सोअनुसार औषधी तथा खाद्यात्र स्वच्छता परिषदको अनुसन्धानपछि “औषधीको साइड इफेक्टबाट पीडित भएकाहरूका लागि राहत प्राणीली” द्वारा उपचार खर्च पाउन सकिने अवस्था हुन सक्छ। विस्तृत जानकारीको लागि फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सीको वेबसाइट हेर्नुहोस्।
 2. 過敏症反応（アナフィラキシー〈呼吸困難、目や唇のまわりの腫れなど〉、気管支痙攣〈発作的な息切れ〉、じんましんなど）、ギラン・バレー症候群（下から上に向かう両足のまひ）、血小板減少性紫斑病（鼻血、歯ぐきの出血、月経出血の増加など）、急性散在性脳脊髄炎（まひ、知覚障害、運動障害など）があらわれることがあります。このような症状が疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。
 3. ガーダシル®を適正に接種したにもかかわらず、健康被害が発生した場合には、その内容、程度に応じて薬事・食品衛生審議会での審議を経て「医薬品副作用被害救済制度」により治療費などが受けられる場合があります。詳しくは、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。

● **निम्न व्यक्तिहरूले खोप लगाउन सक्नुहुन्न।** 次の方は接種を受けることができません

1. ज्वरो आएको स्पष्ट देखिने व्यक्ति (सामान्यतया 37.5°C भन्दा बढी भएको खण्डमा)।
 2. गम्भीर अचानक रोग लागेको व्यक्ति
 3. गार्डासिल® खोपको तत्व (विस्तृत कुराहरू डाक्टरलाई सोधनुहोस) को कारण हाइपरसेन्सिटिविटी (प्राय खोप लगाएको 30 मिनेटभित्र देखा पर्ने पूरै शरीरमा डाबर आदि सहित गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया समावेश) को असर परेको व्यक्ति।
 4. अन्यथा नियमित जचाउने डाक्टरबाट खोप नलगाउन भनिएको व्यक्ति।
1. 明らかに発熱している方（通常は37.5°C以上の場合）。
 2. 重い急性疾患にかかっている方。
 3. ガーダシル®の成分（詳しくは医師にお尋ねください）によって、過敏症（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応を含む）をおこしたことがある方。
 4. その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方。

● **निम्न व्यक्तिले खोप लगाउनु अगाडि डाक्टरबाट परामर्श लिनुहोस्।** 次の方は接種前に医師にご相談ください

1. थ्रोम्बोसाइटोपेनिया, कोगुलोप्याथी भएको व्यक्ति।
 2. मुटु रोग, मृगौला रोग, कलेजो रोग, रगतसम्बन्धी रोग वा डिभेलोपमेन्ट डिसअर्डर आदि आधारभूत रोग भएको व्यक्ति।
 3. बिगतमा खोप लगाउँदा खोप लगाएको 2 デिनभित्र ज्वरो आएको वा पूरै शरीरमा डाबर आदि एलर्जीको शङ्कास्पद लक्षण देखा परेको व्यक्ति
 4. बिगतमा जीउ बटरेको अनुभव गरेको व्यक्ति
 5. बिगतमा रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता असामान्य छ भनिएको वा नजिकको नातेदारहरूमा जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको परिवारको सदस्य।
 6. गार्डासिल® खोपको तत्वले गर्दा एलर्जीको लक्षण देखा पर्न सक्ने व्यक्ति।
 7. गर्भवती स्त्री वा गर्भवतीको सम्भावना भएको स्त्री वा अहिले दूध खुवाइरहेको स्त्री।
 8. अन्य HPV खोप लगाएको अनुभव भएको व्यक्ति।
1. 血小板減少症や凝固障害を有する方。
 2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方。
 3. 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方。
 4. 過去にけいけん（ひきつけ）をおこしたことがある方。
 5. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは先天性免疫不全症と診断された近親者がいる方。
 6. ガーダシル®の成分によって、アレルギーの症状がみられる可能性のある方。
 7. 妊婦あるいは妊娠している可能性のある方もしくは、現在、授乳中の方。
 8. 他のHPVワクチンの接種を受けたことがある方。

● **गार्डासिल® खोप लगाउँदा ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू** ガーダシル®接種にあたっての注意点

1. गार्डासिल® खोप लगाउने लक्षित व्यक्तिहरू 9 वर्ष वा सोभन्दा बढीका व्यक्तिहरू हुन्।
 2. गार्डासिल® खोप पहिलो डोज (पहिलो पटक), 2 महिना पछि (दोस्रो पटक), 6 महिना पछि (तेस्रो पटक), प्राय पाखुराको मांसपेशीभित्र लगाइन्छ।
 3. गार्डासिल® खोपको प्रभावकारिता पूर्ण रूपमा पाउनका लागि 3 पटक लगाउनुपर्छ।
 4. पहिलो पटक गार्डासिल® खोप लगाउनुभयो भने दोस्रो पटक र त्यसपछि पनि गार्डासिल® खोप लगाउनुहोस्। दोस्रो पटक वा सोभन्दा पछि अन्य खोप लगाएको खण्डमा कत्तिको प्रभावकारिता छ भनेर पक्का गरिएको छैन।
 5. महिलाहरूले 3 पटकको डोजको बिचमा गर्भवती भएको खण्डमा त्यस पछिको डोज नलिई डाक्टरसँग परामर्श लिनुहोस्।
1. ガーダシル®の接種対象者は9歳以上の者です。
 2. ガーダシル®は初回接種（1回目）、2カ月後（2回目）、6カ月後（3回目）に、通常、腕の筋肉内に接種します。
 3. ガーダシル®の十分な予防効果を得るためには3回接種する必要があります。
 4. 1回目にガーダシル®を接種した場合は、2回目以降もガーダシル®を使用してください。2回目以降で他のワクチンを接種した場合の予防効果は確認されていません。
 5. 女性の方は、3回の接種の途中で妊娠した場合には、接種を見合せ、その後の接種については医師にご相談ください。

● गार्डीसिल® खोप लगाएपछि ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू

ガーダシル®接種後の注意

1. खोप लगाएपछि खोप लगाएको ठाउँमा बेसरी नरगडनुहोस्, हल्का पिचे मात्र पुग्छ।
 2. गार्डीसिल® खोप लगाएपछि सुईको डर र दुखाईको कारण होस गुमाउन सक्छ। होस गुमाएर नलडनको लागि खोप लगाएपछि तुरुन्तै घर नफर्किकन 30 मिनेट जिति चिकित्सा संस्थामा शान्त भई बसेर डाक्टरसँग तुरुन्तै सम्पर्क गर्न सक्ने हुनुहोस्।
 3. गार्डीसिल® खोप लगाएपछि सुई लगाएको भाग सुनिन वा दुख्न सक्छ, यो शरीरभित्र भएको प्रतिरोधात्मक शक्तिले सुईबाट आएको तत्त्वलाई निकाल्नका लागि यस्तो लक्षण देखाउँछ। प्राय केही दिनमा हराउँदै जान्छ।
 4. खोप लगाएपछि खोप लगाएको भागलाई सफा राख्नुहोस्।
 5. खोप लगाएको दिनमा कठिन व्यायाम नगर्नुहोस्।
 6. खोप लगाएको दिन नुहाए पनि समस्या छैन।
 7. खोप लगाएको 1 हप्तासम्म आफ्नो स्वास्थ्य अवस्थामा ध्यान दिएर केही चिन्ताजनक लक्षण देखा परेमा डाक्टरसँग परामर्श लिनुहोस्।
 8. महिलाहरूले, HPV खोप लगाएपछि पनि, खोप लगाएपनि जोगिन नसक्ने टाइपको HPV ले गर्दा हुने लक्षण चाँडै पत्ता लगाएर उपचार गर्नका लागि पाठेघरको मुखको क्यान्सर परीक्षण गर्नु आवश्यक छ। उमेर 20 वर्ष नाथेपछि नियमित रूपमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर परीक्षण गर्नुहोस्।
1. 接種後は強く揉まず、軽く押さえる程度にとどめてください。
 2. ガーダシル®接種後に、注射による恐怖、痛みなどが原因で、気を失うことがあります。気を失って転倒してしまうことをさけるため、接種後すぐに帰宅せず、30分程度は接種した医療機関で座って安静にし、医師とすぐに連絡がとれるようにしておいてください。
 3. ガーダシル®を接種した後に、注射した部位が腫れたり、痛むことがあります。これは、体内に備わっている抵抗力が注射した成分を異物として認識するために起こります。通常は数日間程度で治まります。
 4. 接種後は、接種部位を清潔に保ってください。
 5. 接種当日は、過激な運動を控えてください。
 6. 接種した日の入浴は問題ありません。
 7. 接種後1週間は体調に注意し、気になる症状があるときは医師にご相談ください。
 8. 女性の方は、HPVワクチンを接種した後も、ワクチンでは予防できない型のHPVによる病変を早期に発見して早期に治療するために、子宮頸がん検診の受診が必要です。20歳を過ぎたら定期的に子宮頸がん検診を受けましょう。

接種後 の注意 欄	マハिना	तारिख ()	チキत्सा संस्थाको नाम 医療機関名
	月	日 ()	
	बजे	मिनेटको आसपास	
	時	分頃	

HPV 4-भालेंट खोप (गार्डासिल®) खोप स्क्रिनिङ प्रश्नावली

4 値 HPVワクチン（ガーダシル®）接種予診票

खोप लगाउन चाहनेहरूलाईः गाढा बक्सभित्र को ठाउँमा एउटा पनि नछुटाइक्न भर्नुहोस्।

接種を希望される方へ：太枠内の箇所にもれなくご記入ください

कतिऔं पटक डोज 接種回数	पहिलो पटक (/) · दोस्रो पटक (/) · तेस्रो पटक (/) 1回目 (/) · 2回目 (/) · 3回目 (/)	डाक्टरसँग भेदनुअधिको शरीरको तापमान 診察前の体温	°C 度 分
ठेगाना 住所	〒 〒	फोन नम्बर 電話番号	() - () -
(フリガナ) खोप लगाउने व्यक्तिको नाम (フリガナ) 接種を受ける人の氏名	पुरुष · महिला 男 · 女	साल महिना तारिखमा जन्मेको 年 月 日生
अभिभावकको नाम (खोप लगाउने व्यक्ति नाबालिंग (18 वर्षभन्दा कम) भएको खण्डमा) 保護者の氏名 (接種を受ける人が 未成年 (18 歳未満) の場合)		जन्म मिति 生年月日	(वर्ष (満 歳 マヒナ पूरा भएको) カ月)

प्रश्न 質問事項	उत्तर 回答欄	डाक्टरले भर्ने कोलम 医師記入欄
आज लगाउने खोपबारे निर्देशन ("HPV 4-भालेंट खोप (गाडासिल®) लगाउनेहरूलाई") पढेर बुझ्नुभयो? 今日受ける予防接種についての説明文（『4価HPVワクチン（ガーダシル®）を接種される方へ』）を読み、理解しましたか。	होइन いいえ	हो はい
आज शरीरिक अवस्था केही नराम्भो छ? 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○विस्तृत लक्षण() ○具体的な症状()	हो はい	होइन いいえ
गएको एक महिनाभित्र रोग लागेको थियो? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 ○विस्तृत रोगको नाम() ○具体的な病名()	हो はい	होइन いいえ
हाल एक महिनाभित्र कुनै खोप लगाउनुभयो? 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか。 ○खोपको नाम() ○予防接種名()	हो はい	होइन いいえ
अहिलेसम्म अन्य HPV खोप लगाउनुभएको छ? これまでに他の HPV ワクチンの接種を受けたことがありますか。 लगाउनुभएको छ भने कति पटक लगाउनुभयो? अन्तमा लगाएको मिति लेखेर उक्त खोपको प्रकारमा ○ लगाउनुहोस। 「はい」の場合、何回接種したか、最後に接種した日付を記入し、該当するワクチンの種類に○をつけてください。 ○कति पटक र मिति ([] पटक, [] साल, [] महिना [] तारिख) ①सार्भिरिक्स® (2-भालेंट) ②सिलगार्ड®9 (9-भालेंट) ③अनिश्चित ○接種回数と時期 ([] 回, [] 年 [] 月 [] 日) ①サーバリックス® (2価) ②シルガード®9 (9価) ③不明	हो はい	होइन いいえ
आहिलेसम्म विशेष रोग (जन्मजात असामान्य रोग, मुटु, मृगौला, कलेजो, रगतसम्बन्धी रोग, रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी आदि रोग) लागेर डाक्टरलाई जँचाउदै हुनुहुन्छ? 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気）にかかり医師の診断を受けていますか。 ○विस्तृत रोगको नाम() ○具体的な病名() ○चिकित्सकको टिप्पणी() ○主治医のコメント()	हो はい	होइन いいえ
जीउ बटारेको अनुभव गर्नुभएको छ? ([]) वर्ष जतिको उमेरमा ひきつけ（けいれん）をおこしたことありますか。 ([]) 歳頃 ○त्यो समयमा ज्वरो आयो? ○その時に熱は出ましたか。	हो はい	होइन いいえ
औषधी वा खानेकुराको कारण छालामा डाबर वा कर्कशा निस्केको वा शरीरिक अवस्था नराम्भो भएको थियो? 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりありますか。 ○औषधी・খানেকুৰাকো নাম() ○薬・食品名()	हो はい	होइन いいえ
नजिकको नातेदारमा जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको कोही व्यक्ति हुनुहुन्छ? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	हो はい	होइन いいえ

○ हिलेसम्म खोप लगाएर बिसञ्चो हुनुभएको थियो? 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。	○ खोपको नाम() ○ 予防接種名()	हो はい	होइन いいえ
नजिकको नातेदारमा कोही खोप लगाएर बिसञ्चो हुनुभएको थियो? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。		हो はい	होइन いいえ
आजको खोपबाटे केही प्रश्न छ? 今日の予防接種についての質問がありますか。		हो はい	होइन いいえ
निम्न कुराहरू स्त्रीहरूलाई सोधिएको छ। 以下は、女性の方にお伺いします。			
अहिले गर्भवती भएको वा गर्भवतीको सम्भावना (महिनावारी ढिलो भएको आदि) छ? 現在、妊娠している、または妊娠している可能性（生理が遅れているなど）はありますか。		हो はい	होइन いいえ
के तपाईं हाल स्तनपान गराउँदै हुनुहुँचु? 現在、授乳をしていますか。		हो はい	होइन いいえ

डाक्टरले भर्ने कोलम

医 師 記 入 欄

यहाँसम्म अन्तरवार्ता र प्रश्नावती होएपछि आज खोप लगाउन (सकिन्छ. स्थिति गरेको राष्ट्रो) भनेर निर्णय गर्नु। खोप लगाउने व्यक्ति (वा तिनको अभिभावकलाई) खोपको प्रभावकारिता, साइड इफेक्ट, फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी ऐनको आधारमा दिइने राहतबारे ब्याख्या गरें।

डाक्टरको हस्ताक्षर वा नाम र छाप 〔

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合せたほうがよい）と判断します。

接種を受ける本人(またはその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品・医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印（

खोप लगाउने व्यक्ति वा तिनको अभिभावकले भर्ने कोलम

本人および保護者 記入欄

डाक्टरलाई जँचाएर उहाँबाट खोपको प्रभावकारिता, साइड इफेक्ट आदिबारे बझें।

माथिका कराहरूमा सहमत भई खोप लगाउन चाहनहन्तु? (चाहन्तु : चाहन्ने)

खोप लगाउने व्यक्तिको नाम

अभिभावकको नाम

(खोप लगाउने व्यक्ति नाबालिंग (18 वर्षभन्दा कम) भागको खण्डमा)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。

以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。（はい：いいえ）

本人の署名

保護者の署名

(接種を受ける人が未成年(18歳未満)の場合)

प्रयोग गर्ने खोपको नाम 使用ワクチン名	खोप लगाउने मात्रा, तरिका 接種量・方法	खोप लगाउने ठाउँ, डाक्टरको नाम, मिति 実施場所・医師名・接種年月日
<p>नाम: रिकम्बिनेट एडसर्ड 4-भालेंट ह्युमन पापिलोमाभाइरस भाइरसलाइक पार्टिकल भ्याक्सिन (पिस्ट ओरिजिन)</p> <p>गार्डीसिल® एकुएस सस्पेन्सन इन्ट्रामस्कुलर इन्जेक्शन सिरिन्ज</p> <p>名称：組換え沈降4 価ヒトパピローマウイルス様 粒子ワクチン（酵母由来）</p> <p>ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ</p> <p>निर्माताको नाम: MSD कम्पनी सिरियल नम्बर: メーカー名: MSD 株式会社 製造番号:</p>	<p>मांसपेशीभित्र डोज 0.5 mL खोप लगाउने शारीरको भाग: पाखुराको माथिल्लो भागको डेल्टोइड मांसपेशी (दायाँ • बायाँ) जांधको अगाडिको बाहिरी भाग (दायाँ • बायाँ) 筋肉内接種、 0.5 mL 接種部位： 上腕の三角筋部 (右 · 左) 大腿前外側部 (右 · 左)</p>	<p>खोप लगाउने ठाउँ: डाक्टरको नाम: खोप लगाउने मिति : साल महिना तारिख बजे 実施場所 : 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日 時</p>

यो खोप स्क्रिनिड प्रश्नावलीको उद्देश्य खोप लगाउने व्यक्तिको सरक्षा सुनिश्चित गर्न हो। प्रश्नावलीमा भर्नभएको व्यक्तितगत जानकारी खोपसम्बन्धी पूर्व-जाँचको लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ।

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。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。