

## 当院職員対象の HPV ワクチンキャッチアップ接種のご案内

- ・平成 9 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの女子  
注意) 令和 6 年度は、上記対象者に加え、平成 19 年 4 月 2 日～平成 20 年 4 月 1 日  
生まれの方もキャッチアップ接種の対象となります。
- ・過去に 3 回の接種を完了していない方 (1-2 回で中断を含む)
- ・●●市以外に住民票がある方でもほとんどの方 (下記の A または B に該当)  
令和 7 年 3 月 31 日までなら公費で当院で HPV ワクチンを接種していただけます。

対象者、期間限定  
である点を明確に

住民票のある自治体により、下記の通り準備していただくことが異なります。

### A、●●市または●●市以外で患者窓口負担なく公費で接種できる自治体

#### 当日必要物品

自治体から郵送された接種案内 (クーポン)・病院の診察券・予診票

### B 窓口負担ありだが後日償還可能な自治体に住民票がある方

#### 接種日までの準備

接種依頼書の申請 (2 週間程度の余裕をもって)

#### 当日必要物品

接種案内 (クーポン)・予診票・診察券・接種依頼書・接種費用

\* 接種当日窓口負担が必要ですが、領収書など必要書類を保管し、後日自治体へ償還  
払い申請する必要があります。

\* 各自治体の予防接種担当課にお問い合わせください

接種に必要な書類を  
明記

### 接種スケジュール

## HPV ワクチンの一般的なスケジュール

### 注意事項

.....  
.....

ご質問・ご相談は ●●まで

Tel: .....

Mail : .....

相談窓口を明記

アンケートの設問にご回答ください。

提出方法：●●●●

提出締め切り：●月●●日

**アンケート** 接種歴が不明な方はご自身の母子手帳を確認の上、以下にご回答ください。

Q1 HPV ワクチンの接種歴について

A. 接種したことがない B. 1回または2回接種で中断 C. 3回接種済

Q2 (Q1でAまたはBと回答された方) キャッチアップ接種希望について

A. 当院で希望する B. 他院で接種する C. 接種を希望しない D. 考え中

Q3 (Q1でBと回答された方) 接種した製剤について

A. シルガード9 B. ガーダシル C. サーバリックス

Q4 (Q2でAと回答された方) 住民票のある自治体

A. ●●市 B. ●●市以外の自治体

アンケートは簡潔に

**接種申込書** 当院で接種希望の方のみご記入ください。

① 初回接種希望調査 予約分散のため第3希望まで必ず記入してください。

令和●年●月●●日(●曜)～●月●日(●曜)

毎週木曜(午後1～3時)・奇数週土曜(午前9～12時) 30分枠

(記入例：5月18日 午後1時30分)

第1希望

第2希望

第3希望

コロナワクチンとは前後14日空けてください。

② 部署

③ 氏名(フリガナ)

④ 生年月日

⑤ 附属病院診察券のID

\*ご記入いただいた個人情報はHPVワクチンの診療目的以外には利用しません。

案内と接種申し込みを同時にすることで申し込み忘れを防ぐ

接種申込の締め切りから1週間以内に予約票の個別配布をもって通知します。初回接種日に2,3回目の接種予約します。



関西医科大学 産科学・婦人科学講座 診療講師 久松 洋司 先生よりご提供