

事 務 連 絡

令和5年9月29日

一般社団法人茨城県医師会 御中

茨城県保健医療部感染症対策課

HPVワクチン接種後の副反応に関する受診予約申込書の改訂について

HPVワクチンの接種等に関しましては、県内の医療機関や医師の皆様方に種々ご協力を賜りありがとうございます。

昨年4月からHPVワクチン接種の積極的勧奨が再開されたことを踏まえ、令和4年5月27日付け感対第165号感染症対策課通知（別紙1）により協力医療機関への受け入れについてご案内させていただいております。

今般、シルガード9が定期接種に加わったことから、HPVワクチン接種後の副反応に関する受診予約申込書について、別紙2及び別紙3のとおり改訂いたしましたので、お手数をおかけしますが県内医療機関へご周知いただきますようお願いいたします。

【担当】

茨城県保健医療部感染症対策課 赤穂、大曾根

T e l : 029-301-3219

E-Mail : yobo9@pref. ibaraki. lg. jp

感対第165号
令和4年5月27日

県内医療機関 御中

茨城県保健医療部感染症対策課

ヒトパピローマウイルス感染症予防ワクチン（HPVワクチン）副反応疑い患者に係る
協力医療機関への受け入れについて

日頃から本県の予防接種行政について、ご理解ご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、ヒトパピローマウイルス感染症予防ワクチン（HPVワクチン）については、令和4年4月から積極的な接種勧奨が再開したところです。

関連して、令和4年4月5日付け感対第18号、保健医療部長通知（別添1）で、本県における相談支援体制・医療体制及び各関係機関の役割についてご案内しているところですが、今般、副反応疑いのある患者を適切かつ円滑に協力医療機関へ紹介いただくため、次のとおり、受け入れの目安を整理いたしましたので、ご了知のうえ、ご対応いただきますようお願いいたします。

記

1 協力医療機関へ紹介する場合の患者について

接種医やかかりつけ医から協力医療機関（水戸赤十字病院及び筑波大学附属病院）へ副反応疑いのある患者を紹介する場合は、次の全てに該当する患者を原則といたします。

- (1) 広範な疼痛や運動障害を中心とする多様な症状があること
- (2) 患者本人からの診察依頼ではなく、接種医やかかりつけ医からの紹介（相談、紹介状があること）であること

《留意点》

- ・特段、CTやMRIの実施有無は不問ですが、検査データがございましたら、協力医療機関への共有をお願いいたします。
- ・協力医療機関で診察の方向性が定まった後は、紹介元、もしくは地域医療機関へご紹介させていただくことを原則といたします。なお、協力医療機関での診察期間は、おおむね3～6か月となります。
- ・前述の事項（(1)～(2)及び留意点）につき、あらかじめ患者本人の同意を得たうえで、協力医療機関へ紹介いただくようお願いいたします。

2 協力医療機関へ紹介する場合の方法について

協力医療機関へ患者を紹介いただく場合は、受け入れ体制の検討を行うため、FAX受診予約申込書（以下、「FAX」という。）を協力医療機関へ送付のうえ、おつて紹介状をお送りいただきますようお願いいたします。

感 対 第 1 8 号
令和 4 年 4 月 5 日

各市町村衛生主管部（局）長 殿
茨城県医師会長 殿

茨城県保健医療部長
(公印省略)

ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種を進めるに当たっての
相談支援体制・医療体制について

日頃から本県の予防接種行政について、ご理解ご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、令和 4 年 4 月よりヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種を進めるに当たり、接種対象者やその保護者（以下「接種対象者等」という。）に対し、接種を検討・判断するために必要な情報や、接種を希望した場合の円滑な接種のための情報を提供するとともに、接種後に症状が生じた方の診療が円滑に行われるよう、本県における相談支援体制・医療体制及び各関係機関の役割を整理いたしましたので、お知らせいたします。

つきましては、本件につきご承知おきいただくとともに、適宜、接種対象者への周知等をお願いいたします。

記

1 相談体制について

(1) 県

①接種対象者等からの相談対応

接種前後の相談を一元的に受け付け、個別の状況に応じて、必要な情報提供を行うほか、県医師会をはじめとする関係機関との連携や調整を行う。

(想定される対応について)

- ・副反応救済制度などの説明
- ・HPVワクチンの効果等の説明
- ・医療機関をいくつか受診し、行先に困っている方への対応（医療機関の調整）

(相談窓口)

○医療、救済などに関すること

保健医療部感染症対策課予防・対策グループ
電話番号 029-301-3219

○学校生活に関すること

教育庁学校教育部保健体育課健康教育推進室
電話番号 029-301-5349

②協力医療機関等の関係機関との連携

HPVワクチン接種に関わる協力医療機関、地域の医療機関、市町村、予防接種センター、県医師会などと情報を共有するとともに、接種後に症状が生じた方に必要な支援を円滑に提供するための医療機関等との診療の調整を行う。

また、関係機関と連携して研修会等を開催することにより、接種医等のHPVワクチンに係る理解醸成を図る。

(2) 市町村

①接種対象者等からの相談対応

接種対象者等からの相談を受けた場合、個別の状況に応じて柔軟に対応するとともに、接種後に症状が生じた方からの相談に十分な対応が困難な場合には、必要に応じて、県の相談窓口等の適切な相談先を紹介する。

②接種対象者等への情報提供

接種対象者等に対して、接種を検討・判断するためのHPVワクチンの有効性や安全性（ベネフィットとリスク）に関する情報等や、接種希望する場合に円滑な接種を行うために必要な情報提供を行う。

③地域の医療機関等との連携

ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種に関する情報提供資材、県内の相談・医療体制等について、地域の実情に応じ、郡市医師会等とも連携して周知を図ること。

(3) 予防接種センター（県立こども病院）

①相談対応や接種等支援

接種医、かかりつけ医や行政（県や市町村）からの予防接種要注意者等の相談対応や、必要な接種等の支援や助言を行う。

※接種希望者等からの直接の相談は対象外。

※<http://www.ibaraki-kodomo.com/ich/toppage/departments/vaccination-center>

2 医療体制について

(1) 接種医、かかりつけ医

①接種対象者等からの相談対応

接種対象者等から相談を受けた場合や、接種の際には、HPVワクチンの有効性や安全性（ベネフィットとリスク）について十分に説明したうえで、接種を希望した際には接種を行うなど、適切に対応すること。

また、接種後に症状がある患者（以下「患者」という。）からの相談で、自院での対応が困難な場合には、医師会とも連携のうえ、協力医療機関や地域の医療機関への相談や紹介などの対応を行うこと。

②接種や接種後反応に関する適切な対応のための理解醸成

厚生労働省が提供するリーフレットやホームページ、県や県医師会等からの情報等を参考に、HPVワクチンに関する最新の知見や相談支援体制・医療体制等につ

いて、理解醸成に努めること。

(2) 地域の医療機関（症状に応じた地域の医療ネットワーク）

①接種医、かかりつけ医や協力医療機関との連携

接種医、かかりつけ医や協力医療機関から患者に係る相談を受けた場合には、症状に応じた地域の医療ネットワークを活用して、必要な診療支援や協力医療機関への紹介を行う。

(3) 協力医療機関

①接種医、かかりつけ医との連携

接種医、かかりつけ医から患者に係る相談を受けた際には、必要な診療支援を行うほか、必要に応じて、紹介された患者を受け入れるとともに、適切な診療を行うこと。

なお、診療の結果、器質的な疾患が確認されない場合は、継続して患者を支援する必要があることから、(3) ②の医療機関への紹介や、接種医等への逆紹介もありうる。

(本県における協力医療機関)

- ・水戸赤十字病院 連絡先 (電話) 029-221-5177
- ・筑波大学附属病院 連絡先 (電話) 029-853-3900

※紹介するスキームについては、別途お知らせする

②地域の医療機関や研究班の協力医療機関との連携

(3) ①により受け入れた患者への対応について、必要に応じて地域の医療機関とも連携を図るほか、患者に対する診療の結果、より高度な診療支援等が必要と判断した場合には、近県の厚生労働行政推進調査事業研究班の所属医療機関の医師とも相談のうえ、必要に応じて当該医療機関など適切な医療機関を紹介できるよう調整する。

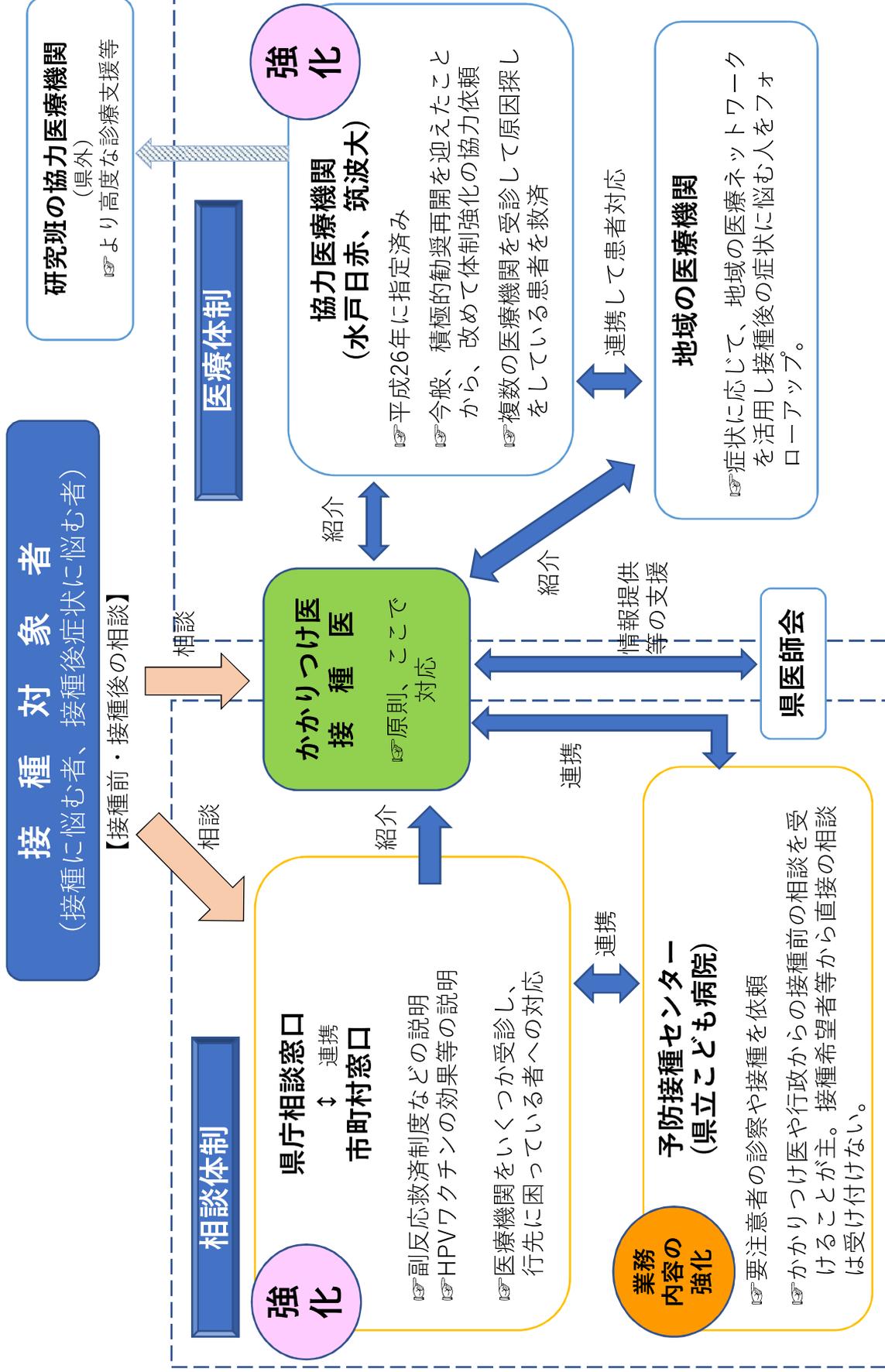
【問合せ先】

茨城県保健医療部感染症対策課 江橋、赤穂

TEL 029-301-3219

E-mail yobo9@pref.ibaraki.lg.jp

HPVワクチン積極的勧奨再開に伴う相談・医療体制について



HPVワクチン接種後の副反応に関する受診予約申込書

別添 2

水戸赤十字病院
地域医療連携課 行

水戸赤十字病院使用欄

予約	/	:
	科 Dr.	

受診予約申込書

FAX:029-233-3050

ID:

申込日: 年 月 日

フリガナ			紹介元 医療機関	
氏名	様			
年齢	歳	旧姓 ※お分かりでしたらご記入ください	医師氏名	
生年月日	選択してください 年 月 日		所在地	〒 -
住所	〒 -			
電話番号	9時～17時で連絡が取れる番号		所有者	電話番号
	①			FAX
	②			部署名
③				
水戸赤十字病院 受診歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	水戸赤十字病院のID	
接種ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガータシル			
接種年月日	①	②	③	
症状発現時期			画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

当院での診療科振り分けの為に以下、ご記入をお願いいたします。

症状分類	● 症状:患者さんの症状を以下から選んでください。(複数回答可)
麻酔科系 (ペイン)	<input type="checkbox"/> 持続性の痛み(手、腕、肩) <input type="checkbox"/> 関節痛、関節のこわばり <input type="checkbox"/> 顔面痛、まぶたが下がる
整形外科系	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嚔下困難 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 失神、意識消失
小児科系	<input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 発声障害 <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感
精神科系	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛、下痢 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 抑鬱気分 <input type="checkbox"/> 不眠症
総合診療系	<input type="checkbox"/> 目の異常(視覚障害、視力障害、まぶしい)
その他	● その他

注意事項

- 予約日時の確定後、当院より「予約票」をFAX返信致します。患者さんへのご連絡は貴院にてご対応をお願い申し上げます。
- 紹介状と画像データ等の事前送付にご協力ください。
※ 画像データは、標準規格(DICOM)でご提供ください。
※ 郵送の際は、右記「紹介状・画像等受付担当」宛てにご送付ください。
- 予約変更・キャンセルは、地域医療連携課でお受けいたします。
- 平日17時以降、土日祝日・年末年始等の休診日に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

紹介状・画像データ送付先

〒310-0011
茨城県水戸市三の丸3-12-48
水戸赤十字病院 地域医療連携課
(TEL:029-233-5001)

患者さんの待ち時間短縮のため、事前送付にご協力をお願いいたします。

※ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸赤十字病院宛てに送られています。誤って届いた場合は、大変お手数ですがその旨を上記「紹介元医療機関」にお知らせください。

HPVワクチン接種後の副反応に関する受診予約申込書

別添 3

筑波大学附属病院使用欄

筑波大学附属病院

医療連携患者相談センター 行

受診予約申込書

予約	/	:
	科 Dr.	

申込日: 年 月 日

FAX:029-853-3712

ID:

フリガナ			紹介元 医療機関	
氏名	様			
年齢	歳	旧姓 ※お分かりでしたらご記入ください	医師氏名	
生年月日	選択してください	年 月 日	所在地	〒 -
住所				
電話番号	9時～17時で連絡が取れる番号		所有者	電話番号
	①			FAX
	②			部署名
③				
筑波大学附属病院受診歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	筑波大学附属病院のID	
接種ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバックス		<input type="checkbox"/> ガータシル	
接種年月日	①	②	③	
症状発現時期			画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

当院での診療科振り分けの為に以下、ご記入をお願いいたします。

症状分類	● 症状:患者さんの症状を以下から選んでください。(複数回答可)
麻酔科系 (ペイン)	<input type="checkbox"/> 持続性の痛み(手、腕、肩) <input type="checkbox"/> 関節痛、関節のこわばり <input type="checkbox"/> 顔面痛、まぶたが下がる
整形外科系	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嚔下困難 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 失神、意識消失
小児科系	<input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 発声障害 <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感
精神科系	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛、下痢 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 抑鬱気分 <input type="checkbox"/> 不眠症
総合診療系	<input type="checkbox"/> 目の異常(視覚障害、視力障害、まぶしい)
その他	● その他

注意事項

- 予約日時の確定後、当院より「予約票」をFAX返信致します。**患者さんへのご連絡は貴院にてご対応をお願い申し上げます。**
- 紹介状と画像データ等の事前送付にご協力ください。
※ 画像データは、標準規格(DICOM)でご提供ください。
※ 郵送の際は、右記「紹介状・画像等受付担当」宛てにご送付ください。
- 患者さん都合による予約変更・キャンセルは、予約センターでお受けいたします。
(予約センター 029-853-7668)
- 平日17時以降、土日祝日・年末年始等の休診日に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

<p>紹介状・画像データ送付先</p> <p>〒305-8576 茨城県つくば市天久保2-1-1 筑波大学附属病院 紹介状・画像等受付担当</p> <p>患者さんの待ち時間短縮のため、事前送付にご協力をお願いいたします。</p>
--

※ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院宛てに送られています。誤って届いた場合は、大変お手数ですがその旨を上記「紹介元医療機関」にお知らせください。

HPVワクチン接種後の副反応に関する受診予約申込書

別紙 2

水戸赤十字病院
地域医療連携課 行

水戸赤十字病院使用欄

予 約	/	:
	科 Dr.	



申込日: 年 月 日

FAX:029-233-3050

ID:

フリガナ			紹介元 医療機関	
氏名	様			
年齢	歳	旧姓 ※お分かりでしたらご記入ください	医師氏名	
生年月日	選択してください	年 月 日	所在地	〒 -
住所				
電話番号	9時～17時で連絡が取れる番号		所有者	電話番号
	①			FAX
	②			部署名
	③			
水戸赤十字病院 受診歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	水戸赤十字病院のID	
接種ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガータシル <input type="checkbox"/> シルガード9			
接種年月日	①	②	③	
症状発現時期			画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

当院での診療科振り分けの為に以下、ご記入をお願いいたします。

症状分類	● 症状:患者さんの症状を以下から選んでください。(複数回答可)	
麻酔科系 (ペイン)	<input type="checkbox"/> 持続性の痛み(手、腕、肩) <input type="checkbox"/> 関節痛、関節のこわばり <input type="checkbox"/> 顔面痛、まぶたが下がる	
整形外科系	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 失神、意識消失	
小児科系	<input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 発声障害 <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感	
精神科系	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛、下痢 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 抑鬱気分 <input type="checkbox"/> 不眠症	
総合診療系	<input type="checkbox"/> 目の異常(視覚障害、視力障害、まぶしい)	
その他	● その他	

注意事項

- 予約日時の確定後、当院より「予約票」をFAX返信致します。患者さんへのご連絡は貴院にてご対応をお願い申し上げます。
- 紹介状と画像データ等の事前送付にご協力ください。
※ 画像データは、標準規格(DICOM)でご提供ください。
※ 郵送の際は、右記「紹介状・画像等受付担当」宛てにご送付ください。
- 予約変更・キャンセルは、地域医療連携課でお受けいたします。
- 平日17時以降、土日祝日・年末年始等の休診日に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

紹介状・画像データ送付先

〒310-0011
茨城県水戸市三の丸3-12-48
水戸赤十字病院 地域医療連携課
(TEL:029-233-5001)

患者さんの待ち時間短縮のため、事前送付にご協力をお願いいたします。

※ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸赤十字病院宛てに送られています。誤って届いた場合は、大変お手数ですがその旨を上記『紹介元医療機関』にお知らせください。

HPVワクチン接種後の副反応に関する受診予約申込書

別紙 3

筑波大学附属病院
医療連携患者相談センター 行

筑波大学附属病院使用欄

予約	/	:
	科 Dr.	



申込日: 年 月 日

FAX:029-853-3712

ID:

フリガナ			紹介元 医療機関	
氏名	様			
年齢	歳	旧姓 ※お分かりでしたらご記入ください	医師氏名	
生年月日	選択してください	年 月 日	所在地	〒 -
住所				
電話番号	9時～17時で連絡が取れる番号		所有者	電話番号
	①			FAX
	②			部署名
③				
筑波大学附属病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	筑波大学附属病院のID		-
接種ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> ガータシル <input type="checkbox"/> シルガード9			
接種年月日	①	②	③	
症状発現時期			画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

当院での診療科振り分けの為に以下、ご記入をお願いいたします。

症状分類	● 症状:患者さんの症状を以下から選んでください。(複数回答可)	
麻酔科系 (ペイン)	<input type="checkbox"/> 持続性の痛み(手、腕、肩) <input type="checkbox"/> 関節痛、関節のこわばり <input type="checkbox"/> 顔面痛、まぶたが下がる	
整形外科系	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 失神、意識消失	
小児科系	<input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 発声障害 <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感	
精神科系	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛、下痢 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 抑鬱気分 <input type="checkbox"/> 不眠症	
総合診療系	<input type="checkbox"/> 目の異常(視覚障害、視力障害、まぶしい)	
その他	● その他	

注意事項

- 予約日時の確定後、当院より「予約票」をFAX返信致します。患者さんへのご連絡は貴院にてご対応をお願い申し上げます。
- 紹介状と画像データ等の事前送付にご協力ください。
※ 画像データは、標準規格(DICOM)でご提供ください。
※ 郵送の際は、右記「紹介状・画像等受付担当」宛てにご送付ください。
- 患者さん都合による予約変更・キャンセルは、予約センターでお受けいたします。
(予約センター 029-853-7668)
- 平日17時以降、土日祝日・年末年始等の休診日に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

紹介状・画像データ送付先

〒305-8576
茨城県つくば市天久保2-1-1
筑波大学附属病院
紹介状・画像等受付担当

患者さんの待ち時間短縮のため、事前送付にご協力をお願いいたします。

※ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院宛てに送られています。誤って届いた場合は、大変お手数ですがその旨を上記『紹介元医療機関』にお知らせください。