

宮古島市子宮頸がん予防ワクチン接種後の体調の変化に関する状況調査

問1 子宮頸がん予防ワクチンを接種された方についてお尋ねします。

氏名 _____ 現住所 _____

※住所は、現在住んでいる居住地の住所を記入してください。

問2 現在までに子宮頸がんワクチンを何回接種しましたか

1回 2回 3回

問3 まだ、3回目の接種がお済みでない方にお尋ねします

引き続き、2回目、3回目の接種を希望しますか（ひとつだけに○）

1. 3回目まで接種する予定である
2. 副反応の問題が解決されるまで接種は見送る予定である
3. どうするか検討中
4. 希望しない

問4 (a) 接種後、いつもと違う体調の変化はありましたか

1. はい 2. いいえ

(b) 問4 (a) で「はい」と回答された方はどのような症状でしたか該当に○して下さい
(複数回答可)

1. 注射部の痛み、かゆみ
2. 注射部の腫れ、あかみ
3. だるさ、疲労感、脱力感
4. 頭痛
5. 発熱
6. 湿疹
7. めまい
8. 失神
9. 手足の痛み
10. その他 (_____)

問5 問4 (a) で「はい」と回答された方にお尋ねします。

症状は何回目の接種を受けたときにありましたか。(接種ごとに症状が出た場合には複数回答可)

1. 1回目 2. 2回目 3. 3回目

(裏面へ)

宮古島市子宮頸がん予防ワクチン接種後の体調の変化に関する状況調査

問6 問4 (a) で「はい」と回答された方にお尋ねします。

症状の期間はどれくらいですか (ひとつだけに○)

1. 症状は、その日のうちになくなった
2. 症状は2日以上続いたが、その後 (1週間未満) なくなった
3. 症状は2日以上続いたが、その後 (1週間以上1か月未満) なくなった
4. 症状は2日以上続いたが、その後 (1か月以上) なくなった
5. 症状は現在も継続している
6. 不明

問7 症状が出た際に病院を受診されましたか (ひとつだけに○)

1. 受診した (治療は終了) (受診医療機関名:)
2. 受診した (治療は継続中) (受診医療機関名:)
3. 受診していない
4. 不明

問8 子宮頸がん予防ワクチン接種について、ご自由にご記入下さい。

問9 この調査書をご記入した方に○をつけてください (複数回答可)

1. ご本人 2. 父母 3. ご本人と父母 4. 祖父母 5. ご本人と祖父母 6. その他 ()

子宮頸がんワクチンの接種歴があり、現在、持続的な痛みやしびれ、脱力、手足の不随意運動など、何らかの症状のある場合は、市の相談窓口まで相談して下さい。

〒906-8501 沖縄県宮古島市平良字西里 186 宮古島市役所 健康増進課 予防係

TEL : 0980-73-1978

FAX : 0980-73-1984

※本調査で得られた内容は、目的以外では一切使用いたしません。