

【つくば市：子宮頸がんワクチンにおいて記録がない方の確認書】

Tsukuba City: Check sheet for people without record of HPV vaccination

子宮頸がんワクチンは、通常同一のワクチンを3回接種することとされています。  
御自身の母子健康手帳や予防接種履歴等がなく、接種の有無について分からない方は、下記をご確認ください。

The three-dose series of a cervical cancer vaccine, or HPV vaccine, should be completed with the same vaccine product. If you do not have your Maternal and Child Health Handbook or vaccination record, and you do not remember whether you received the vaccine, please read and confirm the following notes.

いずれかを☑してください。（どちらも同じ意味です）  
Please tick the boxes if the following descriptions apply to you:

1. 予防接種の記録の有無や再発行等について医療機関・家族や自国に確認しましたが履歴情報がありませんでした。 はい

I have inquired of my family, my country's relevant authority and healthcare facility whether they had or could re-issue my vaccination record, but they did not have the record. No

2. 子宮頸がん予防接種の接種歴はありません。 はい

I have never received an HPV vaccine. No

3. 定められた回数を超えた接種の場合、任意接種となるため接種費用は自己負担となることを理解しました。 はい

I acknowledge that if I receive more doses of an HPV vaccine than specified, I will have to pay for the extra dose(s) because an extra dose is considered optional. YES

4. 定められた回数を超えた接種の場合、任意接種となるため予防接種健康被害に対する救済制度の補償対象外となることを理解しました。 はい

I acknowledge that if I receive more doses of an HPV vaccine than specified, I will not be covered by the Relief System for Injury to Health with Vaccination for the extra dose(s) because an extra dose is considered optional. YES

5. 定められた回数を超えた接種については、現在、安全性や有効性について十分なデータは示されていないことを理解しました。 はい

I acknowledge that there is not enough data regarding the safety and efficacy of receiving the extra dose(s) of an HPV vaccine. YES

上記を理解した上で、子宮頸がん予防接種を希望します。

I have read and understood the above and wish to receive an HPV vaccine.

年 月 日 (yyyy/mm/dd)

自署（18歳以上）または保護者署名 Signature by the person receiving the vaccine or by her parent/guardian