

**2024年4月1日から2025年3月31日までの対象者:**

**HPVワクチンのキャッチアップ接種者（1997年4月2日～2008年4月1日生まれの方）**

**または**

**1997年（平成9年）4月2日～1999年（平成11年）4月1日生まれの子宮頸がん検診受診者**

キャッチアップ接種希望の方が上記の生年月日の場合検診・HPV検査の受診もお願いします

**対象外：子宮頸癌・前がん病変の治療歴のある方、明らかながん所見がある方）**

全員に対して1～4をしていただき、各場合へ進んでください

※キャッチアップ接種者かつ検診の対象生年月日の方は「検診受診の場合」へ進んでください

1. 対象者に、説明文書をお渡してください
2. 調査票に記載の方法で、研究同意フォームより同意を送信していただけてください
3. 送信後、「研究同意フォームから、研究への参加に同意する旨を送信しました」にチェックしたことを確認してください
4. 調査票の「本人記入欄」に記入していただけてください

### HPVワクチン キャッチアップ接種者 の場合

5. 調査票の「医療施設記入欄」にHPVワクチン接種記録を記入してください
6. 料金後納郵便使用封筒にてシミックヘルスケア・インスティテュート（株）にご郵送ください
7. 満25歳・26歳になったら子宮頸がん検診を受診ください（受診案内を郵送します）

※1 HPV検査は無料です。キットは当方で準備します  
HPV陽性の場合には自動的に型判定まで行います  
型判定まで行う場合、結果判明まで最大4週間かかることがあります

※2 細胞診異常の場合はコルポスコピー下生検を施行してください  
ASC-USの場合：HPV陽性ならコルポスコピー、HPV陰性なら1年後細胞診  
細胞診NILMかつHPV陽性の場合、産婦人科診療ガイドライン外来編2020では、ハイリスクHPVの持続陽性者と判断した場合および、HPV16型もしくは18型が陽性の場合、コルポスコピー・生検を行うことが考慮される（C）、と記載されています

### 満25・26歳の子宮頸がん検診 の受診者 の場合

5. 調査票の「医療施設記入欄」にHPVワクチン接種記録を記入してください
6. 細胞診とHPV検査を同時施行してください※1, 2
7. 検診・検査結果を調査票の「医療施設記入欄」に記入してください
8. 料金後納郵便使用封筒にてシミックヘルスケア・インスティテュート（株）にご郵送ください

お問合せ先 大阪大学産婦人科OCEANSTUDY事務局  
Tel：06-6879-3351



# 対象者記入箇所（調査票の表面）

登録番号： (シミックヘルスケア記入)

2023年2月13日作成

## 調査票

(日本におけるHPVワクチンの細胞診異常予防効果に関する疫学研究)

◇本人記入欄 ※個人情報、研究に関するご連絡を行う場合のみに使用いたします

・研究への参加に同意する旨を、<https://oceanstudy.jp/event/> または右のQRコードにアクセスし、研究同意フォームより送信してください  
送信が完了したら、以下の□にチェック(し)を入れてください



研究同意フォームから、研究への参加に同意する旨を送信しました

以下に回答してください。(□にはチェック(し)を入れてください)

- ・氏名 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_
- ・フリガナ セイ \_\_\_\_\_ メイ \_\_\_\_\_
- ・生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_
- ・住所 〒 \_\_\_\_\_
- ・電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- ・メールアドレス \_\_\_\_\_
- ・妊娠・出産回数 妊娠 \_\_\_\_\_ 回 ・ 出産 \_\_\_\_\_ 回 ・ 妊娠中 ない場合は「0」と記入して下さい
- ・性交経験の有無  無  有
- ・今までの性的パートナー数 \_\_\_\_\_ 人 必須ではありませんが、研究のために是非ご記入下さい
- ・喫煙の有無  無  有 → 1日あたり \_\_\_\_\_ 本を \_\_\_\_\_ 年
- ・主な既往歴  無  有 \_\_\_\_\_
- ・過去の子宮頸がん検診での細胞診異常  無  有 時期： \_\_\_\_\_ 年 結果： \_\_\_\_\_

QRコードまたはURLより登録用ページにアクセスし「研究同意フォーム」にご入力の上、確認ボタンを押してください

医療施設の記入欄は裏面にございます。必ずご記入をお願いします

ご記入後、付属の封筒に入れて投函して下さい  
送付先：シミックヘルスケア・インスティテュート株式会社

お問い合わせ先：事務局 大阪大学 産科学婦人科学教室 (Tel 06-6879-3351)

# 担当医記入箇所（調査票の裏面）

2023年2月13日作成

## 調査票

(日本におけるHPVワクチンの細胞診異常予防効果に関する疫学研究)

◇医療施設記入欄 (□にはチェック(し)を入れてください)

・HPVワクチン接種記録 ※1回でも接種していたら、「接種した」にチェック(し)を入れて把握できる範囲で①と②に記入をお願いいたします

接種していない

接種した

→①

HPVワクチン接種記録を確認し記入してください(接種者の場合、初回接種年は必ずご記入ください)

母子手帳の控えなどの添付は不要です

→② 接種記録の確認方法について

- 自治体へ問い合わせで確認済み
- 診療録(カルテ)で確認済み
- 接種記録(母子手帳等)で確認済み
- 問診で詳細に確認

子宮頸がん検診施設は、エコー・ワクチン接種記録と子宮頸がん検診結果をご記入ください

接種のみの施設は、接種記録のみご記入ください

・子宮頸がん検診結果

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名 \_\_\_\_\_

施設住所 \_\_\_\_\_

(以下は細胞診結果)

細胞診・HPV検査の結果を記入してください

型判定まで施行の場合、結果判明まで最大4週間かかることがあります

HPV検査結果 \_\_\_\_\_

NILM または「ASC-US+HPV(ハイリスク型)陰性」以外の場合、コルポスコープ下生検(保険診療)が必要です。精査のために他院をご紹介される場合は、本用紙のコピーをシミックヘルスケア・インスティテュートへご郵送いただき、本用紙(原本)は紹介状と共にご紹介先にご送付ください。

細胞診結果(施行された場合)

コルポスコープ下生検を行われました先生は、結果を当用紙にご記入頂き、付属の封筒にて郵送をお願い致します。なお診断基準統一のため、生検プレパラートを後日お借りすることがございます

・施行日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・検査施設名 \_\_\_\_\_

検査施設住所 〒 \_\_\_\_\_

(複数箇所生検された場合は、最も悪い所見にチェック(し)を入れてください)

- 病変なし  CIN1  CIN2  CIN3(CIS含む)  MIC  SCC
- AIS  Adenocarcinoma その他 \_\_\_\_\_

★ 記入の際は、消えないペン(ボールペンなど)のご使用をお願いします