

# 担当医記入箇所(過去にHPV ワクチンを接種された方)

同意書・検診結果調査票の青丸の個所に記入してください。

**同意書**

接種群 (過去にHPV ワクチンを接種された方)

大阪大学医学部附属病院長 殿  
大阪産婦人科医会会長 殿

殿 (各医療機関の長)

市 (または町・村) 市長 (または町村長) 殿 (在住自治体名)

研究題目 : 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

HPV ワクチンを接種しています。接種が診療録や接種記録 (母子手帳など) で確認できない場合は、自治体への接種歴の確認に同意します。

ワクチン接種情報の自治体から医療機関への提供に同意します。

この研究へ参加することに同意します

データの2次利用に同意します (同意した)

本人署名 : \_\_\_\_\_ (必須)

署名年月日 (生年月日ではありません) \_\_\_\_\_ (必須)

担当医署名 (記名・捺印可) : \_\_\_\_\_ (印) (必須)

署名年月日 : 西暦 年 月 日 (必須)

代諾者 (保護者等) 署名 (続柄) : \_\_\_\_\_ ( )

同席者 (家族等) 署名 : \_\_\_\_\_

立会人 (看護師等) 署名 (職名等) : \_\_\_\_\_ ( )

医療機関でご記入ください (医療機関の長は、ハンコでもかまいません)

検診者記入箇所に記入漏れがないかチェックをお願いします。

結果判明後、ご記入ください。

「データの2次利用」とは、今後この結果を同様の解析に用いさせていただくことがあるということです。それに伴う患者への負担はありません。

登録番号: \_\_\_\_\_

検診結果調査票 (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 (検診時にご記入ください)

・氏名 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_

・生年月日 平成 年 月 日

・住所 〒 \_\_\_\_\_

・電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

・メールアドレス PC or 携帯電話 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

※上記個人情報 は、次回検診についてのお知らせを行う際に使用させていただきます。

◆施設記入欄 (検診時にご記入ください)

・ワクチン接種時の接種歴への登録の有無: 無・有 \_\_\_\_\_

・HPV ワクチンの3回接種: した・していない・( )回接種した \_\_\_\_\_

・「接種した」の場合、HPV ワクチンの接種履歴の確認 (必ずいずれかにチェック(シ)を入れてください)

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

上記のいずれも確認できなかったが、本人・家族等の自己申告で確認した \_\_\_\_\_

HPV ワクチンの種類  サーボバックス®  ガーダシル® (HPV ワクチンを接種されている場合はいずれかにチェック(シ)を入れてください)

・検診日 1回目 平成 年 月 日 2回目 平成 年 月 日 3回目 平成 年 月 日

・検診日 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

・検診施設名 \_\_\_\_\_

・検診施設住所 〒 \_\_\_\_\_

・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( )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 (「有」の場合、1日( )本を( )年)

・主な既往歴 無・有 ( )

・過去の検診での細胞診異常 無・有 (時期: 年、結果: )

(以下は結果判明後ご記入をお願いします)

細胞診結果 標本不満足 \_\_\_\_\_

陰性 \_\_\_\_\_ :NILM

扁平上皮系異常 \_\_\_\_\_ :ASC-US・ASC-H・LSIL・HSIL・SCC

腺系異常 \_\_\_\_\_ :AGC・AIS・Adenocarcinoma・Other malignancy

その他 ( ) \_\_\_\_\_

HPV 検査 高リスク型 HPV : ( ) (陽性・陰性)

HPV 型判定: ( ) (複数ある場合は全てご記入ください)

①NILM または ②ASC-US+HPV ハイリスク陰性 以外の場合、コルポスコープ下生検(保険診療)が必要です。調査のために他院をご紹介される場合は、本用紙のコピーと同意書をサイトサポート欄にご郵送いただき、本用紙(原本)は紹介状と共に紹介先にご送付ください。

細胞診結果(施行された場合)

・施行日 平成 年 月 日

・検査施行施設名 \_\_\_\_\_

・検査施行住所 〒 \_\_\_\_\_

(複数箇所生検された場合は、最も悪い所見に○をお願いします)

病変なし・CIN1・CIN2・CIN3(CIS含む)・MIC・SCC \_\_\_\_\_

AIS・Adenocarcinoma・その他 ( ) \_\_\_\_\_

コルポスコープ下生検を行いました先生は、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の、生検プレパレート後日お借りすることがございます

ご記入後、付属の封筒に入れて投函して下さい。送付先: サイトサポート(株) にお問い合わせ先: 事務局長 大阪大学 産科学 産科学婦人科学教室 (Tel.06-6879-3331)

ワクチン接種時に登録された方は、原則、接種歴の確認を省略した検診結果調査票を持って受診されます

細胞診・HPVの結果をご記入後、所定の封筒でサイトサポート(株)にご郵送ください  
精査のために他院をご紹介される場合は、検診結果調査票のコピーと同意書をサイトサポート(株)にご郵送いただき、  
検診結果調査票の原本は紹介状と共に紹介先にご送付ください

# 検診受診者記入箇所(過去にHPV ワクチンを接種された方)

同意書・検診結果調査票の赤丸の個所に記入してください

接種群 (過去に HPV ワクチンを接種された方)

## 同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿  
大阪産婦人科医会会長 殿

殿 (各医療機関の長)

市 (または町・村) 市長 (または町村長) 殿 (在住自)

研究題目 : 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

- HPV ワクチンを接種しています。接種が診療録や接種記録 (母子健康手帳) などの場合は、自治体への接種歴の確認に同意します。
  - ワクチン接種情報の自治体から医療機関への提供に同意します。
  - この研究へ参加することに同意します。
  - データの2次利用に同意します。
- (同意いただける事項にチェック (し) を入れてください)

本人署名 : \_\_\_\_\_ (必須)

署名年月日 (生年月日ではありません) : 西暦 年 月 日 (必須)

担当医署名 (記名・捺印も可) : \_\_\_\_\_ (印)

署名年月日 : 西暦 年 月 日 (必須)

代諾者 (保護者等) 署名 (続柄) : \_\_\_\_\_ ( )

同席者 (家族等) 署名 : \_\_\_\_\_

立会人 (看護師等) 署名 (職名等) : \_\_\_\_\_ ( )

(し)を入れてください  
「データの2次利用」とは、  
今後この結果を同様の解  
析に用いさせていただくこ  
とがあるということです。そ  
れに伴うあなたへの負担  
はありません。

検診受診日をご記入  
ください。誕生日では  
ありません。

登録番号 : \_\_\_\_\_ (サイトサポート記入欄)

検診結果調査票 (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 (検診時にご記入ください)

氏名	姓	名	フリガナ	セイ	メイ
生年月日	平成	年	月	日	
住所	〒				
電話番号	自宅	-	-	携帯電話	-
Eメールアドレス	PC or 携帯電話				@

※上記個人情報には、当回検診についてのお知らせ等を行う際に使用させていただきます。

◇施設記入欄 (検診時にご記入ください)

・ワクチン接種時の当研究への登録の有無: 無・有

・HPV ワクチンの3回接種 した・していない・( )回接種した

・「接種した」の場合、HPV ワクチンの接種履歴の確認 (必ずいずれかにチェック(し)を入れてください)

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

上記のいずれも確認できなかったが、本人・家族等の自己申告で確認した

・HPV ワクチンの種類  サーバックス®  ガーダシル® (HPV ワクチンを接種されている場合はいずれかにチェック(し)を入れてください)

・接種日 1回目 平成 年 月 日 2回目 平成 年 月 日 3回目 平成 年 月 日

・検診日 平成 年 月 日

・検診施設名 \_\_\_\_\_

・検診施設住所 〒 \_\_\_\_\_

・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

・全生涯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 (「有」の場合、1日( )本を( )年)

・主な既往歴 \_\_\_\_\_

・過去の検診での細胞診異常 無・有 (時期、年、結果)

(以下は結果判明後ご記入をお願いします)

細胞診結果 標本不満足

陰性 :NILM

扁平上皮系異常 :ASC-US・ASC-H・LSIL・HSIL・SCC

腺系異常 :AGC・AIS・Adenocarcinoma・Other malignancy

その他 ( )

HPV 検査 高リスク型 HPV : (陽性・陰性)

HPV 型判定 : ( ) (複数ある場合は全てご記入ください)

①NILM または ②ASC-US+HPV ハイリスク陰性 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、本用紙のコピーと同意書をサイトサポート欄にご郵送いただき、  
本用紙(原本)は紹介状と共に紹介先にご送付ください。

組織診結果(施行された場合)

・施行日 平成 年 月 日

・検査施行施設名 \_\_\_\_\_

・検査施行住所 〒 \_\_\_\_\_

(複数箇所生検された場合は、最も悪い所見に○をお願いします)

病変なし・CIN1・CIN2・CIN3(CIS含む)・MIC・SCC

AIS・Adenocarcinoma・その他 ( )

コルポスコープ下生検を行いました先生は、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、生検プレバートを後日お借りすることがございます

「ご記入後、付属の封筒に入れて投函して下さい。送付先・サイトサポート・インスティテュート(株) 問い合せ先:事務局 大阪大学 産科学 産婦人科学教室 (Tel.06-6879-3351)