

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 ※個人情報は、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、以下の口にチェック(レ)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。(口にはチェック(レ)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 _____ 日 _____
- 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： _____

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)

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(レ)を入れてください)

接種のみの施設は、接種記録のみご記入ください

・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(レ)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 接種年月・ワクチンの種類・接種施設について

1回目 _____年 _____月 サーバリックス® ガーダシル® シルガード9®
施設名 _____

2回目 _____年 _____月 サーバリックス® ガーダシル® シルガード9®
施設名 _____

3回目 _____年 _____月 サーバリックス® ガーダシル® シルガード9®
施設名 _____

→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、エプソム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

・子宮頸がん検診結果

受診日 _____年 _____月 _____日

施設名 _____

施設住所 〒 _____

(以下は結果判明後ご記入をお願いします)

細胞診結果 標本不適正 NILM

ASC-US ASC-H LSIL HSIL SCC

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 : _____ 型 (全てご記入ください)

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(株)にご郵送いただき、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

・検査施行施設名 _____

検査施行住所 〒 _____

(複数個所生検された場合は、最も悪い所見にチェック(レ)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 _____