

Para sa mga magpapabakuna ng quadrivalent HPV vaccine (GARDASIL®)

4 価 HPV ワクチン（ガーダシル®）を接種される方へ

Sa pagbabakuna ng HPV vaccine, kinakailangan na maunawaan nang mabuti ang kalagayan ng kalusugan ng taong tatanggap nito. Kaya mangyaring siguraduhin na basahin ang sumusunod na impormasyong tungkol sa HPV vaccine. Mangyari ding maging detalyado hangga't maaari sa pagsagot sa pre-vaccination screening form.

HPV ワクチンの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の HPV ワクチンに関する情報を必ずお読みください。また予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。

● Mga katangian ng HPV vaccine HPV ワクチンの特徴

1. Ang human papillomavirus (HPV) ay isang virus na nagdudulot ng cervical cancer at mga precancerous lesion nito, mga lesion na nabubuo sa vulvar at vagina (vulvar at vaginal intraepithelial neoplasia), anal cancer (squamous cell carcinoma) at mga precancerous lesion nito, at condyloma acuminatum. Ang GARDASIL® ay isang bakuna para sa pag-iwas sa apat na uri ng HPV na HPV type 6, 11, 16, 18, na nauugnay sa pagkakaroon ng cervical cancer at mga precancerous lesion nito, vulvar at vaginal intraepithelial neoplasia, anal cancer (squamous cell carcinoma) at mga precancerous lesion nito, at condyloma acuminatum.
 2. Kahit na magpapabakuna ng GARDASIL®, hindi maaasahan ang proteksyon sa pagkahawa ng HPV at pagkakaroon ng lesion bukod sa mga uri na ito. Gayundin, kahit na magpapabakuna ng GARDASIL®, hindi maaalis ang virus, mapapabagal ang pag-unlad o mapapagalang ang cervical cancer o mga precancerous lesion na nabuo sa mga taong nahawaan na ng mga uri ng HPV na ito.
 3. Kung ang pasyente ay nahawaan na ng alinman sa mga uri ng HPV na kabilang sa bakuna sa oras ng pagbabakuna ng GARDASIL®, hindi maaasahan ang proteksyon sa mga uri ng HPV na ito. Gayunpaman, dahil mababa ang posibilidad na nahawaan ang pasyente ng lahat ng uri ng HPV na kabilang sa bakuna, maaasahan ang proteksyon sa ibang uri ng HPV kahit na ang pasyente ay nahawaan na ng isang uri ng HPV.
 4. Sa pamamagitan ng pagbabakuna ng GARDASIL® sa early teens kung kailan mababa ang pagkakataon na mahawa ng HPV, maaaring epektibong maiwasan ang cervical cancer at mga precancerous lesion nito, vulvar intraepithelial neoplasia, vaginal intraepithelial neoplasia, anal cancer (squamous cell carcinoma) at mga precancerous lesion nito, at condyloma acuminatum na dulot ng mga uri ng HPV na kabilang sa bakuna.
 5. Hindi naitatag ang tagal ng proteksyon (*Naiulat ang mga resulta ng follow-up na pagsusuri ng GARDASIL® nang hanggang 14 taon at nakumpirma ang proteksyon ay tumatagal hanggang sa panahon na iyon).
1. ヒトパピローマウイルス（HPV）は、子宮頸がんおよびその前がん病変をはじめ、外陰や膣に発症する病変（外陰上皮内腫瘍や膣上皮内腫瘍）、肛門がん（扁平上皮癌）およびその前がん病変、尖圭コンジローマを引き起こすウイルスです。ガーダシル®は、子宮頸がんおよびその前がん病変、外陰上皮内腫瘍、膣上皮内腫瘍、肛門がん（扁平上皮癌）およびその前がん病変、尖圭コンジローマの発症に関係している HPV6、11、16、18 型の 4 つの HPV 型の感染を予防するワクチンです。
 2. ガーダシル®を接種しても、これらの型以外の HPV 感染および病変発症の予防効果は期待できません。また、すでにこれらの HPV 型に感染している人に対してガーダシル®を接種しても、ウイルスを排除したり、発症している子宮頸がんや前がん病変などの進行を遅らせたり、治療することはできません。
 3. ガーダシル®の接種時にワクチンに含まれるいずれかの HPV 型に感染している場合、その HPV 型に対する予防効果は期待できませんが、これらすべての HPV 型に感染している可能性は低いため、1 つの型の HPV に感染している場合でも他の型の HPV に対する予防効果は期待できます。
 4. HPV に感染する機会が少ない 10 代前半にガーダシル®を接種することで、ワクチンに含まれる HPV 型による子宮頸がんおよびその前がん病変、外陰上皮内腫瘍、膣上皮内腫瘍、肛門がん（扁平上皮癌）およびその前がん病変、尖圭コンジローマの発症をより効果的に予防することができます。
 5. 予防効果の持続期間は確立していません（※ガーダシル®で 14 年間までの追跡試験結果が報告されており、その期間までは予防効果の持続が確認されています）。

● Tungkol sa mga side effect ng HPV vaccine HPV ワクチンの副反応について

1. Ang mga pangunahing side effect na itinuturing na nauugnay sa pagbabakuna ng GARDASIL® ay ang mga sumusunod:

1. ガーダシル®の接種と関連性があると考えられた主な副反応は以下のとおりです。

Dalas na 10% o higit pa 頻度 10%以上	Pananakit, pamumula, at pamamaga sa bahaging iniksyon 注射部位の痛み・赤み・腫れ
Dalas na 1-9% 頻度 1~10%未満	Pananakit ng ulo, pangangati sa bahaging iniksyon, lagnat 頭痛、注射部位のかゆみ、発熱
Dalas na 0.1-0.9% 頻度 0.1~1%未満	Pagkahilo na nagiging sanhi ng pasuray-suray ng katawan, pamamanhid, pagkaantok (nakakatulog kung walang estimulasyon), pakiramdam na parang umiikot ang katawan, diarrhea, pananakit ng tiyan, pagduduwal, pananakit ng mga paa at kamay, paninigas ng kalamnan, discomfort sa paa at kamay, bukol, pagdurugo, discomfort, panloob na pagdurugo, discoloration, pagbaba ng sensasyon, at pakiramdam ng init sa bahaging iniksyon, pagkaramdam ng pagod, pagtaas ng bilang ng white blood cell 体がふらつくめまい、感覚が鈍くなる、傾眠（刺激がないと眠ってしまう）、体が回転しているように感じる、下痢、腹痛、悪心、手足の痛み、筋肉が硬くなる、手足の不快感、注射部位のしこり・出血・不快感・内出血・変色・知覚低下・熱感、だるさ、白血球数増加
Dalas na hindi malaman 頻度不明	Mapulang pamamaga na may kasamang pananakit at pag-init sa balat sa localized na balat, pamamaga o pananakit ng mga lymph node, pagkawala ng malay, pagsusuka, pananakit ng kasu-kasuan, hematoma sa bahaging iniksyon, asthenia (pagbaba ng mga talukap ng mata, nakikita ang mga bagay nang doble, atbp.), panginginig, pagkapagod 皮ふ局所の痛みと熱を伴った赤い腫れ、リンパ節の腫れ・痛み、失神、おう吐、関節の痛み、筋肉痛、注射部位の血腫、無力症（まぶたが下がる、物がだぶって見えるなど）、寒気、疲れ

2. Hypersensitivity reactions (anaphylaxis <dyspnea, pamamaga sa paligid ng mga mata o labi, atbp.>, bronchospasm <spasmodic na kapos sa hininga>, rashes, atbp.), Guillain-Barre syndrome (pagkaparalisa ng dalawang paa mula ibaba pataas), thrombocytopenic purpura (pagdurugo ng ilong, pagdurugo ng gilagid, pagdami ng pagdurugo sa pagrereglá, atbp.), acute disseminated encephalomyelitis (pagkaparalisa, perceptual disorder, movement disorder, atbp.) ay maaaring mangyari. Kung pinaghihinalaan mo ang alinman sa mga sintomas na ito, mangyaring ipaalam agad sa iyong doktor.

3. Kung sakaling nagkaroon ng pinsala sa iyong kalusugan kahit na maayos na nabakunahan ng GARDASIL®, maaari kang makatanggap ng panggastos sa pagpapagamot mula sa “Relief Systems for Adverse Drug Reactions” pagkatapos ng deliberasyon sa Pharmaceutical Affairs and Food Sanitation Council, depende sa uri at kalubhaan ng pinsala. Para sa mga detalye, mangyaring tingnan ang website ng Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA).

2. 過敏症反応（アナフィラキシー〈呼吸困難、目や唇のまわりの腫れなど〉、気管支痙攣〈発作的な息切れ〉、じんましんなど）、ギラン・バレー症候群（下から上に向かう両足のまひ）、血小板減少性紫斑病（鼻血、歯ぐきの出血、月経出血の増加など）、急性散在性脳脊髄炎（まひ、知覚障害、運動障害など）があらわれることがあります。このような症状が疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。

3. ガーダシル®を適正に接種したにもかかわらず、健康被害が発生した場合には、その内容、程度に応じて薬事・食品衛生審議会での審議を経て「医薬品副作用被害救済制度」により治療費などが受けられる場合があります。詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。

● Ang mga sumusunod ay hindi maaaring makatanggap ng pagbabakuna 次の方は接種を受けることができません

1. Mga halatang may lagnat (karaniwan kung lumalampas ng 37.5°C ang temperatura).
2. Mga may malubhang karamdaman.
3. Mga nagkaroon ng hypersensitivity (kabilang ang malubhang allergic reaction na may kasamang hirap sa paghinga, generalized rashes, atbp. na karaniwang lumalabas sa loob ng 30 minuto pagkatapos magbabakuna) dahil sa mga component ng GARDASIL® (para sa mga detalye, mangyaring tanungin ang iyong doktor).
4. Bukod pa rito, mga sinabihan ng kanilang doktor na makabubuting hindi magbabakuna.
1. 明らかに発熱している方（通常は 37.5°C を超える場合）。
2. 重い急性疾患にかかっている方。
3. ガーダシル®の成分（詳しくは医師にお尋ねください）によって、過敏症（通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応を含む）をおこしたことがある方。
4. その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方。

● Para sa mga sumusunod, mangyaring kumonsulta sa inyong doktor bago magbabakuna 次の方は接種前に医師にご相談ください

1. Mga may thrombocytopenia o coagulation disorder.
2. Mga may underlying condition tulad ng sakit sa puso, sakit sa bato, sakit sa atay, sakit sa dugo, at developmental disorder.
3. Mga dating nagkalagnat sa loob ng dalawang araw pagkatapos magbabakuna, o nakitaan ng mga sintomas na pinaghihinalaang allergy tulad ng generalized rashes.
4. Mga dating nagkaroon ng kombulsyon.
5. Mga na-diagnose noon ng abnormal na immune status o mga may malapit na kamag-anak na na-diagnose ng congenital immunodeficiency.
6. Mga may posibilidad na makitaan ng allergy dahil sa mga component ng GARDASIL®.
7. Mga buntis o may posibilidad na nagbubuntis, o mga kasalukuyang nagpapasuso.
8. Mga nakatanggap ng ibang HPV vaccine.
1. 血小板減少症や凝固障害を有する方。
2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方。
3. 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方。
4. 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方。
5. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは先天性免疫不全症と診断された近親者がいる方。
6. ガーダシル®の成分によって、アレルギーの症状がみられる可能性のある方。
7. 妊婦あるいは妊娠している可能性のある方もしくは、現在、授乳中の方。
8. 他の HPV ワクチンの接種を受けたことがある方。

● Mga pag-iingat sa pagbabakuna ng GARDASIL® ガーダシル®接種にあたっての注意点

1. Ang mga target para sa pagbabakuna ng GARDASIL® ay mga nasa edad 9 taon pataas.
2. Ang GARDASIL® ay karaniwang itinaturok sa kalamnan ng braso sa unang pagbabakuna (1st dose), pagkatapos ng dalawang buwan (2nd dose), at pagkatapos ng anim na buwan (3rd dose).
3. Kailangan ang tatlong dose ng GARDASIL® upang makuha ang sapat na proteksyon.
4. Kung GARDASIL® ang ginamit sa 1st dose, mangyaring gumamit din ng GARDASIL® sa 2nd at mga sumusunod na dose. Hindi pa nakumpirma ang proteksyon kung ibang bakuna ang ginamit sa 2nd at mga sumusunod na dose.
5. Kung nabuntis ang babae sa kalagitnaan ng tatlong pagbabakuna, mangyaring ipagliban ang pagbabakuna at kumonsulta sa doktor tungkol sa mga sumusunod na pagbabakuna.

1. ガーダシル®の接種対象者は9歳以上の者です。
2. ガーダシル®は初回接種（1回目）、2ヵ月後（2回目）、6ヵ月後（3回目）に、通常、腕の筋肉内に接種します。
3. ガーダシル®の十分な予防効果を得るためには3回接種する必要があります。
4. 1回目にガーダシル®を接種した場合は、2回目以降もガーダシル®を使用してください。2回目以降で他のワクチンを接種した場合の予防効果は確認されていません。
5. 女性の方は、3回の接種の途中で妊娠した場合には、接種を見合わせ、その後の接種については医師にご相談ください。

● **Mga pag-iingat pagkatapos ng pababakuna ng GARDASIL®**
ガーダシル®接種後の注意

1. Pagkatapos magpabakuna, mangyaring huwag itong masyadong kuskusin, at sa halip ay pisilin lamang ito nang mahina.
 2. Pagkatapos magpabakuna ng GARDASIL®, maaaring mawalan ng malay ang pasyente dahil sa takot, sakit, atbp. na dulot ng pag-iniksyon. Upang maiwasan ang pagkawala ng malay at pagtumba, mangyaring huwag umuwi agad pagkatapos magpabakuna, at umupo at magpahinga nang himigit-kumulang 30 minuto sa institusyong medikal kung saan ka nagpabakuna upang ma-kontak agad ang iyong doktor.
 3. Pagkatapos magpabakuna ng GARDASIL®, maaaring mamaga o sumakit ang bahaging iniksyon, ngunit nangyayari ito dahil kinikilala ng resistensya ng ating katawan ang iniksyon na component bilang foreign substance. Karaniwan itong mawawala pagkalipas ng ilang mga araw.
 4. Pagkatapos magpabakuna, mangyaring panatilihin malinis ang bahaging iniksyon.
 5. Sa araw ng pagbabakuna, mangyaring iwasan ang sobrang pag-ehersisyo.
 6. Maaaring maligo sa araw ng pagbabakuna.
 7. Mangyaring bantayan ang iyong pisikal na kondisyon nang isang linggo pagkatapos magpabakuna at kumonsulta sa iyong doktor kapag may mga sintomas na bumabahala sa iyo.
 8. Kahit pagkatapos magpabakuna ng HPV vaccine, kailangan pa rin sumailalim sa cervical cancer screening ang mga babae upang matukoy at magamot nang maaga ang mga lesion na dulot ng mga uri ng HPV na hindi mapipigilan ng bakuna. Pagkatapos ng edad na 20 taon, dapat regular na ginagawa ang cervical cancer screening.
1. 接種後は強く揉まず、軽く押さえる程度にとどめてください。
 2. ガーダシル®接種後に、注射による恐怖、痛みなどが原因で、気を失うことがあります。気を失って転倒してしまうことをさけるため、接種後すぐに帰宅せず、30分程度は接種した医療機関で座って安静にし、医師とすぐに連絡がとれるようにしておいてください。
 3. ガーダシル®を接種した後に、注射した部位が腫れたり、痛むことがあります。これは、体内に備わっている抵抗力が注射した成分を異物として認識するためにおこります。通常は数日間程度で治まります。
 4. 接種後は、接種部位を清潔に保ってください。
 5. 接種当日は、過激な運動を控えてください。
 6. 接種した日の入浴は問題ありません。
 7. 接種後1週間は体調に注意し、気になる症状があるときは医師にご相談ください。
 8. 女性の方は、HPV ワクチンを接種した後も、ワクチンでは予防できない型の HPV による病変を早期に発見して早期に治療するために、子宮頸がん検診の受診が必要です。20歳を過ぎたら定期的に子宮頸がん検診を受けましょう。

Peta ng pagbabakuna 接種予定日	Buwan 月	Araw () 日 ()	Pangalan ng institusyong medikal 医療機関名
	Bandang 時	HH :MM 時 分頃	

Quadrivalent HPV vaccine pre-vaccination (GARDASIL®) screening form

4 価 HPV ワクチン (ガーダシル®) 接種予診票

Para sa mga nais magbabakuna: Mangyaring punan ng impormasyon ang lahat ng nasa loob ng makapal na frame

接種を希望される方へ：太枠内の箇所にもれなくご記入ください

Bilang ng beses ng pagbabakuna 接種回数	1st dose (/) / 2nd dose (/) / 3rd dose (/) 1 回目 (/) ・ 2 回目 (/) ・ 3 回目 (/)	Temperatura ng katawan bago ang medikal na pagsusuri 診察前の体温	Degrees 度 分
Address 住所	〒 -	Numero ng telepono 電話番号	() -
(Furigana) Pangalan ng taong tatanggap ng pagbabakuna (フリガナ) 接種を受ける人の氏名	Lalaki/Babae 男・女	Petsa ng kapanganakan 生年月日
Pangalan ng magulang/guardian (Kung menor de edad ang tatanggap ng pagbabakuna (wala pang 18 taon)) 保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年 (18 歳未満) の場合)			Buwan Araw Taon 年 月 日生 (Wala pang buwan) taon at (満 歳 カ月)

Mga tanong 質問事項	Puwang para sa sagot 回答欄		Puwang para sa doktor 医師記入欄
Nabasa at naunawaan mo ba ang mga paliwanag tungkol sa pagbabakuna na matatanggap ngayong araw ("Para sa mga magpapabakuna ng quadrivalent HPV vaccine (GARDASIL®)")? 今日受ける予防接種についての説明文 (『4 価 HPV ワクチン (ガーダシル®) を接種される方へ』) を読み、理解しましたか。	Hindi いいえ	Oo はい	
Mayroon ka bang masamang nararamdaman sa ngayong araw? 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○ Partikular na sintomas() ○ 具体的な症状 ()	Oo はい	Hindi いいえ	
Nagkasakit ka ba sa nakaraang isang buwan? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか。 ○ Partikular na pangalan ng sakit () ○ 具体的な病名 ()	Oo はい	Hindi いいえ	
Tumanggap ka ba ng anumang pagbabakuna sa loob ng nakaraang isang buwan? 最近 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 ○ Pangalan ng bakuna () ○ 予防接種名 ()	Oo はい	Hindi いいえ	
Dati ka na bang tumanggap ng ibang HPV vaccine? これまでに他の HPV ワクチンの接種を受けたことがありますか。 Kung "Oo," mangyaring isulat kung ilang pagbabakuna ang iyong natanggap at ang petsa ng huling pagbabakuna, at lagyan ng ○ ang angkop na uri ng bakuna. 「はい」の場合、何回接種したか、最後に接種した日付を記入し、該当するワクチンの種類に○をつけてください。 ○ Bilang at petsa ng pagbabakuna (beses, Buwan Araw Taon) (1) Cervarix® (bivalent) (2) SILGARD®9 (nine-valent) (3) Hindi alam ○ 接種回数と時期 (回、 年 月 日) ①サーバリックス® (2 価) ②シルガード®9 (9 価) ③不明	Oo はい	Hindi いいえ	
Nagkaroon ka na ba dati ng espesyal na sakit (congenital disorder, sakit sa puso, bato, atay, dugo, immunodeficiency, o iba pang sakit) na na-diagnose ng doktor? 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気) にかかり医師の診断を受けていますか。 ○ Partikular na pangalan ng sakit () ○ 具体的な病名 () ○ Komento ng pangunahing doktor () ○ 主治医のコメント ()	Oo はい	Hindi いいえ	

Para sa boluntaryong pagbabakuna 任意接種用

Nagkaroon ka na ba ng kombulsyon? Bandang () taong gulang ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 ○ Nilagnat ka ba noong mga panahong iyon? ○ その時に熱は出ましたか。	Oo はい	Hindi いいえ	
Nagkaroon ka ba ng anumang rashes o hives sa balat, o sumama ang pakiramdam dahil sa gamot o pagkain? 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。 ○ Pangalan ng gamot o pagkain () ○ 薬・食品名 ()	Oo はい	Hindi いいえ	
Mayroon ka bang malapit na kamag-anak na na-diagnose ng congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	Oo はい	Hindi いいえ	
Sumama ba ang iyong pakiramdam pagkatapos tumanggap ng pagbabakuna dati? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 ○ Pangalan ng bakuna () ○ 予防接種名 ()	Oo はい	Hindi いいえ	
Mayroon ka bang mga malapit na kamag-anak na sumama ang pakiramdam pagkatapos tumanggap ng pagbabakuna? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	Oo はい	Hindi いいえ	
Mayroon ka bang anumang katanungan tungkol sa pagbabakuna ngayon? 今日の予防接種についての質問がありますか。	Oo はい	Hindi いいえ	
Ang mga sumusunod ay mga katanungan para sa babae. 以下は、女性の方にお伺いします。			
Ikaw ba ay kasalukuyang nagbubuntis o may posibilidad na nagbubuntis (na-delay ang menstruation, atbp.)? 現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。	Oo はい	Hindi いいえ	
Ikaw ba ay kasalukuyang nagpapasuso? 現在、授乳をしていますか。	Oo はい	Hindi いいえ	

Puwang para sa doktor

医師記入欄

Bilang resulta ng medical questionnaire at pre-vaccination screening, napagpasyahan na (maaaring isagawa / makabubuting ipagliban) ang pagbabakuna sa araw na ito.

Ipinaliwanag sa indibidwal na magpapabakuna (o kanyang magulang/guardian) ang mga epekto at side effects ng pagbabakuna, gayundin ang mga tulong sa ilalim ng batas ng Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA).

Pirma o pangalan at selyo ng doktor []

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。

接種を受ける本人(またはその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印 []

]

Puwang para sa indibidwal na magpapabakuna o kanyang magulang/guardian

本人および保護者 記入欄

Nakatanggap ako ng medikal na pagsusuri ng doktor at paliwanag, kung kaya't nauunawaan ko ang mga epekto at side effects ng pagbabakuna, atbp.

Sumasang-ayon ka ba sa mga nakasaad sa itaas at nais magpabakuna? (Oo/Hindi)

Pirma ng indibidwal []

Pirma ng magulang/guardian []

(Kung menor de edad ang tatanggap ng pagbabakuna (wala pang 18 taong gulang))

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。

以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。(はい ・ いいえ)

本人の署名 []

保護者の署名 []

(接種を受ける人が未成年(18歳未満)の場合)

Para sa boluntaryong pagbabakuna 任意接種用

Pangalan ng bakuna na gagamitin 使用ワクチン名	Dosis ng bakuna/paraan 接種量・方法	Lugar kung saan isasagawa ang pagbabakuna/pangalan ng doktor/petsa ng pagbabakuna 実施場所・医師名・接種年月日
Pangalan: Recombinant adsorbed quadrivalent human papillomavirus virus-like particle vaccine (yeast origin) GARDASIL® Aqueous suspension para sa intramuscular injection syringe 名称：組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（酵母由来） ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ Pangalan ng manufacturer: MSD K.K. Serial no.: メーカー名：MSD 株式会社 製造番号：	Intramuscular, 0.5 mL Bahaging iniksiyonan: Deltoid muscle ng itaas na braso (kanan / kaliwa) Anterolateral thigh (kanan / kaliwa) 筋肉内接種、0.5mL 接種部位： 上腕の三角筋部（ 右 ・ 左 ） 大腿前外側部（ 右 ・ 左 ）	Lugar kung saan isasagawa ang pagbabakuna: Pangalan ng doktor: Petsa ng pagbabakuna: Buwan Araw Taon Oras 実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日 時

Ang layunin ng form na ito ay upang matiyak ang kaligtasan ng pagbabakuna. Gagamitin ang personal na impormasyon na iyong isinulat dito para lamang sa pre-vaccination screening tungkol sa pagbabakuna.

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。