

HPV 9-भालेंट खोप (सिलगार्ड® 9) लगाउनेहरूलाई

9 価 HPV ワクチン（シルガード®9）を接種される方へ

HPV खोप लगाउनु अगाडि खोप लगाउने व्यक्तिको स्वास्थ्य अवस्था राम्ररी बुझ्नु आवश्यक छ। त्यसको लागि HPV सम्बन्धी निम्न जानकारी अनिवार्य रूपमा पढ्नुहोस्। अनि खोप स्क्रिनिङ्ग प्रश्रावली सकेसम्म विस्तृत तरिकामा भर्नुहोस्।

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。

● HPV खोपको विशेषता

HPV ワクチンの特徴

- ह्युमन पापिलोमा भाइरस (HPV) पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था लगायत योनी र योनीमार्गमा हुने घाउ (भल्भल इन्ट्रिपिथेलिएल नेओप्लासिया र भेजिनल इन्ट्रिपिथेलिएल नेओप्लासिया), काँडिलोमा एक्यूमिनेटम (यौनाङ्गमा आउने मुसा) ल्याउने भाइरस हो। सिलगार्ड® 9 खोप पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, भल्भल इन्ट्रिपिथेलिएल नेओप्लासिया, भेजिनल इन्ट्रिपिथेलिएल नेओप्लासिया, काँडिलोमा एक्यूमिनेटम (यौनाङ्गमा आउने मुसा) सँग सम्बन्धित HPV6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 टाइपका 9 वटा HPV टाइपमा सङ्क्रमित हुनबाट जोगिने खोप हो।
 - सिलगार्ड® 9 खोप लगाएपनि यी टाइपबाहेकको HPV सङ्क्रमण वा घाउ पर्नबाट जोगिने आशा गर्न सकिँदैन। अनि यी HPV टाइपमा सङ्क्रमित भइसकेको व्यक्तिलाई सिलगार्ड® 9 खोप लगाएपनि भाइरस हटाउने, लक्षण देखा परेको पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्थालाई ढिला गराउने वा उपचार गर्न सकिँदैन।
 - सिलगार्ड® 9 खोप लगाउने बेलामा खोपमा भएको HPV टाइपहरूमध्ये कुनै टाइपमा सङ्क्रमित भइसकेको छ भने उक्त HPV टाइपबाट जोगिने आशा गर्न सकिँदैन तर यी सबै HPV टाइपमा सङ्क्रमित हुने सम्भावना कम हुन्छ, त्यसैले एउटा टाइपको HPVमा सङ्क्रमित भइसकेको अवस्थामा पनि अरू टाइपको HPVबाट जोगिने आशा गर्न सकिन्छ।
 - HPVमा सङ्क्रमित हुने सम्भावना कम भएकोले किशोरावस्थामै सिलगार्ड® 9 खोप लगाउँदा खोपमा भएको HPV टाइपअनुसार पाठेघरको मुखको क्यान्सर र उक्त क्यान्सर हुन लागेको अवस्था, भल्भल इन्ट्रिपिथेलिएल नेओप्लासिया र भेजिनल इन्ट्रिपिथेलिएल नेओप्लासिया, काँडिलोमा एक्यूमिनेटम (यौनाङ्गमा आउने मुसा) बाट प्रभावकारी तरिकामा जोगिन सकिन्छ।
 - सङ्क्रमित हुनबाट जोगिनको लागि कति समयावधिसम्म खोपको प्रभावकारिता रहन्छ भन्ने कुरा पक्का भएको छैन (※सिलगार्ड® 9 खोप प्रयोग गरेर 10 वर्षसम्म फलोअप टेस्ट गरेर त्यसको नतिजा रिपोर्ट गरिएको छ र त्यो समयावधिसम्म खोपको प्रभावकारिता रहेको कुरा पक्का गरिएको छ)।
- 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）、尖圭コンジローマを引き起こすウイルスです。シルガード®9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、尖圭コンジローマの発症に関係している HPV6、11、16、18、31、33、45、52、58 型の 9 つの HPV 型の感染を予防するワクチンです。
 - シルガード®9 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シルガード®9 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。
 - シルガード®9 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。
 - HPV に感染する機会が少ない 10 代前半にシルガード®9 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、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。
 - 予防効果の持続期間は確立していません (※シルガード®9 で 3 回接種後 10 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)。

● HPV खोपको साइड इफेक्टबारे HPV ワクチンの副反応について

1. सिलगार्ड®9 खोपसँग सम्बन्धित छ भनेर ठहरिएको मुख्य साइड इफेक्ट निम्नअनुसार छ।

1. シルガード®9 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。

| | |
|-----------------------------------|---|
| 10% वा सोभन्दा बढीलाई 頻度 10%以上 | टाउको दुख्ने, सुई लगाएको भाग दुख्ने, सुनिने, रातो हुने 頭痛、注射部位の痛み・腫れ・赤み |
| 1~10% लाई 頻度 1~10%未滿 | रिङ्गटा लाग्ने, घाँटी दुख्ने, वाक्काक् लाग्ने, छाती पोल्ने, पेट फुल्ने, पखाला हुने, सुई लगाएको भाग चिलाउने, मासुभिन्न रगत निस्कने, मासु साहो हुने, ज्वरो आउने, थकाई लाग्ने 体がふらつくめまい、のどの痛み、悪心（吐き気や胸やけ、胃がむかむかする）、下痢、注射部位のかゆみ・内出血・しこり、発熱、疲れ |
| 0.5~1% लाई 頻度 0.5~1%未滿 | नासोफराइनगाइटिस, फ्लू, बान्ता, पेटको माथिल्लो भाग दुख्ने, पेट दुख्ने, मांसपेशी दुख्ने, जोर्नी दुख्ने, सुई लगाएको भागबाट रगत निस्कने, रगत जग्ने, तातो हुने, साहो हुने, इन्द्रियको चेतना कमजोर हुने, सुई लगाएको भागमा प्रतिक्रिया, जीउ भारी हुने, बल नआउने (पलक झर्ने, एउटा वस्तु एउटाभन्दा बढी देखिने आदि) 上咽頭炎、インフルエンザ、おう吐、上腹部痛、腹痛、筋肉痛、関節の痛み、注射部位の出血・血腫・熱っぽさ・硬結・知覚低下、注射部位反応、だるさ、無力症（まぶたが下がる、物がだぶって見えるなど） |
| अनिश्चित व्यक्तिलाई 頻度不明 | फ्लेगमोनस (छालाको खास भागमा दुखाई र ज्वरो सहित रातो भई सुनिने), ग्रन्थिहरू सुनिने र दुख्ने, इन्द्रियको चेतना कमजोर हुने, होस गुमाउने, हात खुट्टा दुख्ने, जाडो लाग्ने, सुई लगाएको भागमा चेतना गुमाउने 蜂巣炎（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、感覚の低下、気を失う、手足の痛み、寒気、注射部位の知覚消失 |

2. हाइपरसेन्सिटिभिटी (एनाफिलेक्सिस <सास फेर्न गाहो हुने, आँखा वा ओठ वरिपरि सुनिने आदि), ब्रोन्कोस्पास्म <अचानक स्वाँस्वाँ आउने), डाबर आदि, गिलन-बरे सिन्ड्रोम (दुइटा खुट्टाको तलबाट माथितिर हुने पक्षाघात), थ्रोम्बोसाइटोपेनिक परपुरा (नाकबाट रगत, गिजाबाट रगत, महिनावारीमा रगत बढी निस्कने आदि), एक्युट डिस्सीमिनेटेड एन्सेफेलोमाइलाइटिस (पक्षाघात, पर्सेच्युअल डिसअर्डर, मुभमेन्ट डिसअर्डर आदि) देखा पर्न सक्छ। यस्ता लक्षण देखा परेमा तुरुन्तै डाक्टरलाई देखाउनुहोस्।

3. उचित तरिकामा सिलगार्ड®9 खोप लगाएतापनि स्वास्थ्यमा क्षति पुगेको खण्डमा कस्तो क्षति र कतिको क्षति भयो सोअनुसार औषधी तथा खाद्यान्न स्वच्छता परिषदको अनुसन्धानपछि "औषधीको साइड इफेक्टबाट पीडित भएकाहरूका लागि राहत प्रणाली" द्वारा उपचार खर्च पाउन सकिने अवस्था हुन सक्छ। विस्तृत जानकारीको लागि फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) को वेबसाइट हेर्नुहोस्।

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. シルガード®9 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。

● निम्न व्यक्तिहरूले खोप लगाउन सक्नुहुन्न। 次の方は接種を受けることができません

1. ज्वरो आएको स्पष्ट देखिने व्यक्ति (प्रायः 37.5°C भन्दा बढी भएको खण्डमा)।
 2. गम्भीर अचानक रोग लागेको व्यक्ति
 3. सिलगार्ड®9 खोपको तत्व (विस्तृत कुराहरू डाक्टरलाई सोध्नुहोस्) को कारण हाइपरसेन्सिटिविटी (प्रायः खोप लगाएको 30 मिनेटभित्र देखा पर्ने पुरै शरीर डाबर आदि सहित गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया समावेश) को असर परेको व्यक्ति।
 4. अन्यथा नियमित जचाउने डाक्टरबाट खोप नलगाउन भनिएको व्यक्ति।
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. シルガード®9 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。

● निम्न व्यक्ति खोप लगाउनुअगाडि डाक्टरबाट परामर्श लिनुहोस्। 次の方は接種前に医師にご相談ください

1. थ्रोम्बोसाइटोपेनिया, कोगुलोप्याथी भएको व्यक्ति।
 2. मुटु रोग, मृगौला रोग, कलेजो रोग, रगतसम्बन्धी रोग वा डिभेलोपमेन्ट डिसअर्डर आदि आधारभूत रोग भएको व्यक्ति।
 3. बिगतमा खोप लगाउँदा खोप लगाएको 2 दिनभित्र ज्वरो आएको वा पुरै शरीरमा डाबर आदि एलर्जीको शङ्कास्पद लक्षण देखा परेको व्यक्ति
 4. बिगतमा जीउ बटारेको अनुभव गरेको व्यक्ति
 5. बिगतमा रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता असामान्य छ भनिएको वा नजिकको नातेदारहरूमा जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको परिवारको सदस्य।
 6. सिलगार्ड®9 खोपको तत्वले गर्दा एलर्जीको लक्षण देखा पर्न सक्ने व्यक्ति।
 7. गर्भवती स्त्री वा गर्भवतीको सम्भावना भएको स्त्री वा अहिले दूध खुवाइरहेको स्त्री।
 8. अन्य HPV खोप लगाएको अनुभव भएको व्यक्ति।
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. シルガード®9 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。

● सिलगार्ड®9 खोप लगाउँदा ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू シルガード®9 接種にあたっての注意点

1. सिलगार्ड®9 खोप लगाउने व्यक्तिको उमेर 9 वर्ष वा सोभन्दा बढीको स्त्री हुनुपर्छ।
2. सिलगार्ड®9 खोप पहिलो डोज (पहिलो पटक), 2 महिना पछि (दोस्रो पटक), 6 महिना पछि (तेस्रो पटक), प्रायः पाखुराको मांसपेशीभित्र लगाइन्छ।
3. 9 वर्ष वा सोभन्दा माथि र 15 वर्षभन्दा कम उमेरको स्त्रीले पहिलो डोजबाट 6~12 महिनाको फरकमा जम्मा 2 पटकको डोजमा पूरा गर्ने तरिका छत्र सक्नुहुन्छ। कति पटक र कहिले खोप लगाउने भन्नेबारे पहिल्यै डाक्टरसँग परामर्श लिनुहोस्।
4. सिलगार्ड®9 खोपको प्रभावकारिता पूर्ण रूपमा पाउनको लागि 2 वा 3 पटक लगाउनुपर्छ।
5. पहिलो पटक सिलगार्ड®9 खोप लगाउनुभयो भने दोस्रो पटक र त्यसपछि पनि सिलगार्ड®9 खोप लगाउनुहोस्। दोस्रो पटक वा सोभन्दा पछि अन्य खोप लगाएको खण्डमा कतिको प्रभावकारिता छ भनेर पक्का गरिएको छैन।
6. 2 वा 3 पटक डोजको बीचमा गर्भवती भएको खण्डमा त्यस पछिको डोज नलिई डाक्टरसँग परामर्श लिनुहोस्।

- 1.シルगार्ड®9の接種対象者は9歳以上の女性です。
- 2.シルगार्ड®9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。
- 3.9歳以上15歳未満の女性は、初回接種から6~12ヵ月の間隔を置いた合計2回の接種で完了する方法を選択できます。事前に接種回数と時期について医師にご相談ください。
- 4.シルगार्ड®9の十分な予防効果を得るためには2回または3回接種する必要があります。
- 5.1回目にシルगार्ड®9を接種した場合は、2回目以降もシルगार्ड®9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。
- 6.2回または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。

● सिलगार्ड®9 खोप लगाएपछि ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू シルगार्ड®9 接種後の注意

1. खोप लगाएपछि खोप लगाएको ठाउँमा बेस्सरी नरगड्नुहोस्, हल्का थिचे मात्र पुछ।
 2. सिलगार्ड®9 खोप लगाएपछि सुईको डर र दुखाईको कारण होस गुमाउन सक्छ। होस गुमाएर नलड्नको लागि खोप लगाएपछि तुरुन्तै घर नफर्किकन 30 मिनेट जति चिकित्सा संस्थामा शान्त भई बसेर डाक्टरसँग तुरुन्तै सम्पर्क गर्न सक्ने हुनुहोस्।
 3. सिलगार्ड®9 खोप लगाएपछि सुई लगाएको भाग सुनिन वा दुख्न सक्छ, यो शरीरभित्र भएको प्रतिरोधात्मक शक्तिले सुईबाट आएको तत्वलाई निकाल्नको लागि यस्तो लक्षण देखाउँछ। प्राय केही दिनमा हराउँदै जान्छ।
 4. खोप लगाएपछि खोप लगाएको भागलाई सफा राख्नुहोस्।
 5. खोप लगाएको दिनमा कठिन व्यायाम नगर्नुहोस्।
 6. खोप लगाएको दिन नुहाए पनि समस्या छैन।
 7. खोप लगाएको 1 हप्तासम्म आफ्नो स्वास्थ्य अवस्थामा ध्यान दिएर केही चिन्ताजनक लक्षण देखा परेमा डाक्टरसँग परामर्श लिनुहोस्।
 8. HPV खोप लगाएपछि पनि खोप लगाएपनि जोगिन नसक्ने टाइपको HPVले गर्दा हुने लक्षण चाँडै पत्ता लगाएर उपचार गर्नको लागि पाठेघरको मुखको क्यान्सर परीक्षण गर्नु आवश्यक छ। उमेर 20 वर्ष नाघेपछि नियमित रूपमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर परीक्षण गर्नुहोस्।
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. シルガード®9 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. シルガード®9 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. 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。

| खोप लगाउने दिन 接種予定日 | महिना | तारिख () | चिकित्सा संस्थाको नाम 医療機関名 |
|-------------------------|-------|---------------|-----------------------------------|
| | 月 | 日 () | |
| | बजे | मिनेटको आसपास | |
| | श | मिनेटको आसपास | |

HPV 9-भालेंट खोप (सिलगार्ड® 9) खोप स्क्रिनिङ्ग प्रश्नावली

9価HPVワクチン（シルガード®9）接種予診票

खोप लगाउन चाहनेहरूलाई: गाढा बक्सभित्र को ठाउँमा एउटा पनि नछुटाइकन भर्नुहोस्।

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

| | | | |
|---|---|---|--|
| कतिऔं पटक डोज 接種回数 | 2 पटक खोप लगाउन चाहन्छु ・ 3 पटक खोप लगाउन चाहन्छु 2 回接種を希望 ・ 3 回接種を希望 ※9 वर्ष वा सोभन्दा माथि र 15 वर्षभन्दा कम उमेरको व्यक्तिमात्र "2 पटक खोप" छान्न सक्नुहुन्छ। ※2 回接種は 9 歳以上 15 歳未満のみ可能 | डाक्टरसँग भेट्नुअघिको शरीरको तापमान 診察前の体温 | °C 度 分 |
| | पहिलो पटक (/) ・ दोस्रो पटक (/) ・ तेस्रो पटक 1 回目 (/) ・ 2 回目 (/) ・ 3 回目 (/) | | |
| ठेगाना 住所 | 〒 - | फोन नम्बर 電話番号 | () - |
| (काताकाना) खोप लगाउने व्यक्तिको नाम (フリガナ) 接種を受ける人の氏名 | | जन्म मिति 生年月日 | साल महिना তারिखमा जन्मेको 年 月 日生 |
| अभिभावकको नाम (खोप लगाउने व्यक्ति नाबालिग (18 वर्षभन्दा कम) भएको खण्डमा) 保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年 (18 歳未満) の場合) | | | (वर्ष महिना पूरा भएको) (満 歳 ヵ月) |

| प्रश्न 質問事項 | उत्तर 回答欄 | | डाक्टरले भर्ने कोलम 医師記入欄 |
|---|--------------|-------------|------------------------------|
| आज लगाउने खोपबारे निर्देशन ("HPV 9-भालेंट खोप (सिलगार्ड® 9) लगाउनेहरूलाई") पढेर बुझ्नुभयो? 今日受ける予防接種についての説明文 (『9 価 HPV ワクチン (シルガード®9) を接種される方へ』) を読み、理解しましたか。 | होइन いいえ | हो はい | |
| आज शारीरिक अवस्था केही नराम्रो छ? 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○विस्तृत लक्षण () ○具体的な症状 () | हो はい | होइन いいえ | |
| गएको एक महिनाभित्र रोग लागेको थियो? 最近 1 ヵ月以内に病気にかかりましたか。 ○विस्तृत रोगको नाम () ○具体的な病名 () | हो はい | होइन いいえ | |
| हाल एक महिनाभित्र कुनै खोप लगाउनुभयो? 最近 1 ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 ○खोपको नाम () ○予防接種名 () | हो はい | होइन いいえ | |
| अहिलेसम्म अन्य HPV खोप लगाउनुभएको छ? 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。 लगाउनुभएको छ भने कति पटक लगाउनुभयो? अन्तमा लगाएको मिति लेखेर उक्त खोपको प्रकारमा ○ लगाउनुहोस्। 「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。 ○ कति पटक र मिति (पटक, साल महिना तारिख) ①सर्भरिक्स® (2-भालेंट) ②गार्डासिल® (4-भालेंट) ③अनिश्चित ○ 接種回数と時期 (回, 年 月 日) ①サーバリックス® (2 価) ②ガーダシル® (4 価) ③不明 | हो はい | होइन いいえ | |
| अहिलेसम्म विशेष रोग (जन्मजात असामान्य रोग, मुटु, मृगौला, कलेजो, रगतसम्बन्धी रोग, रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी आदि रोग) लागेर डाक्टरलाई जँचाउदै हुनुहुन्छ? 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。 ○विस्तृत रोगको नाम () ○具体的な病名 () ○चिकित्सकको टिप्पणी () ○主治医のコメント () | हो はい | होइन いいえ | |
| जीउ बढाउने अनुभव गर्नुभएको छ? () वर्ष जतिको उमेरमा ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 () 歳頃 ○त्यो समयमा ज्वरो आयो? ○その時に熱は出ましたか。 | हो はい | होइन いいえ | |
| | हो はい | होइन いいえ | |

| | | | |
|---|----------|-------------|--|
| औषधी वा खानेकुराको कारण छालामा डाबर वा कर्कश निस्केको वा शरीरिक अवस्था नराम्रो भएको थियो? 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。 ○औषधी・खानेकुराको नाम () ○薬・食品名 () | हो はい | होइन いいえ | |
| नजिकको नातेदारमा जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको कोही व्यक्ति हुनुहुन्छ? 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。 | हो はい | होइन いいえ | |
| अहिलेसम्म खोप लगाएर बिसञ्चो हुनुभएको थियो? 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。 ○खोपको नाम () ○予防接種名 () | हो はい | होइन いいえ | |
| नजिकको नातेदारमा कोही खोप लगाएर बिसञ्चो हुनुभएको थियो? 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。 | हो はい | होइन いいえ | |
| अहिले गर्भवती भएको वा गर्भवतीको सम्भावना (महिनावारी ढिलो भएको आदि) छ? 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。 | हो はい | होइन いいえ | |
| अहिले दूध खुवाउँदै हुनुहुन्छ? 現在、授乳をしていますか。 | हो はい | होइन いいえ | |
| आजको खोपबारे केही प्रश्न छ? 今日の予防接種についての質問がありますか。 | हो はい | होइन いいえ | |

डाक्टरले भर्ने कोलम

医師記入欄

यहाँसम्म अन्तरवार्ता र प्रश्नावली हेरेपछि आज खोप लगाउन (सकिन्छ-स्थगित गरेको राम्रो) भनेर निर्णय गर्नु।
खोप लगाउने व्यक्ति (वा तिनको अभिभावकलाई) खोपको प्रभावकारिता, साइड इफेक्ट, फार्मस्युटिकल एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) ऐनको आधारमा दिइने राहतबारे ब्याख्या गर्ने।

डाक्टरको हस्ताक्षर वा नाम र छाप []

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 []

खोप लगाउने व्यक्ति वा तिनको अभिभावकले भर्ने कोलम

本人および保護者 記入欄

डाक्टरलाई जँचाएर उहाँबाट खोपको प्रभावकारिता, साइड इफेक्ट आदिबारे बुझ्ने।

माथिका कुराहरूमा सहमत भई खोप लगाउन चाहनुहुन्छ? (चाहन्छु ・ चाहन्नँ)

खोप लगाउने व्यक्तिको नाम []

अभिभावकको नाम []

(खोप लगाउने व्यक्ति नाबालिग (18 वर्षभन्दा कम) भएको खण्डमा)

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)

| प्रयोग गर्ने खोपको नाम 使用ワクチン名 | खोप लगाउने मात्रा, तरिका 接種量・方法 | खोप लगाउने ठाउँ, डाक्टरको नाम, मिति 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---|---|--|
| नाम: रिकम्बिनेन्ट एडसभर्ड 9-भालेन्ट ह्युमन पापिलोमाभाइरस भाइरसलाइक पार्टिकल भ्याक्सिन (यिस्ट ओरिजिन) सिलगार्ड® 9 एकएअस सस्पेन्सन इन्ट्रामस्क्युलर इन्जेक्सन सिरिन्ज नाम: 組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (酵母由来) シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ निर्माताको नाम: MSD कम्पनी सिरियल नम्बर: मेकराको नाम: MSD 株式会社 製造番号: | मांसपेशीभित्र डोज 0.5 mL खोप लगाउने शरीरको भाग पाखुराको माथिल्लो भागको डेल्टोइड मांसपेशी (दायाँ・बायाँ) जाँघको अगाडिको बाहिरी भाग (दायाँ・बायाँ) 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) | खोप लगाउने ठाउँ: डाक्टरको नाम: खोप लगाउने मिति: साल महिना तारिख बजे 実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日 時 |

यो खोप स्क्रिनिङ प्रश्नावलीको उद्देश्य खोप लगाउने व्यक्तिको सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु हो। प्रश्नावलीमा भर्नुभएको व्यक्तिगत जानकारी खोपसम्बन्धी पूर्व-जाँचको लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ।

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、予防接種に関する予診のみに使用します。