

Para sa mga magpapabakuna ng nine-valent HPV vaccine (SILGARD® 9)

9 価 HPV ワクチン（シルガード®9）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), at condyloma acuminatum. Ang SILGARD®9 ay isang bakuna para sa pag-iwas sa siyam na uri ng HPV na HPV type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, na nauugnay sa pagkakaroon ng cervical cancer at mga precancerous lesion nito, vulvar at vaginal intraepithelial neoplasia, at condyloma acuminatum.
 2. Kahit na magpabakuna ng SILGARD®9, hindi maaasahan ang proteksyon sa pagkahawa ng HPV at pagkakaroon ng lesion bukod sa mga uri na ito. Gayundin, kahit na magpabakuna ng SILGARD®9, hindi maaalis ang virus, mapapabagal ang pag-unlad o mapagaling ng 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 SILGARD®9, 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 SILGARD®9 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, at condyloma acuminatum na dulot ng mga uri ng HPV na kabilang sa bakuna.
 5. Hindi naitatag tagal ng proteksyon (*Naiulat ang mga resulta ng follow-up na pagsusuri ng SILGARD®9 nang hanggang 10 taon pagkatapos ng tatlong pagbabakuna 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）、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。
 2. 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。
 3. 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。
 4. 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。
 5. 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）。

● 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 SILGARD®9 ay ang mga sumusunod:

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。

Dalas na 10% o higit pa 頻度 10%以上	Pananakit ng ulo at pananakit, pamumula, at pamamaga sa bahaging iniksyon 頭痛、注射部位の痛み・腫れ・赤み
Dalas na 1-9% 頻度 1~10%未満	Pagkahilo na nagiging sanhi ng pasuray-suray ng katawan, pananakit ng lalamunan, alibadbad (pagduduwal, heartburn, pagkasira ng tiyan), diarrhea, pangangati, panloob na pagdurugo, bukol sa bahaging iniksyon, lagnat, pagkapagod 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
Dalas na 0.5-0.9% 頻度 0.5~1%未満	Nasopharyngitis, trangkaso, pagsusuka, pananakit ng upper abdomen, pananakit ng tiyan, pananakit ng kalamnan, pananakit ng kasu-kasuan, pagdurugo, hematoma, parang lalagnatin, pagbaba ng sensasyon sa bahaging iniksyon, asthenia (pagbaba ng mga talukap ng mata, nakikita ang mga bagay nang doble, atbp.) 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）
Dalas na hindi malaman 頻度不明	Cellulitis (mapulang pamamaga na may kasamang pananakit at pag-init sa balat sa localized na balat), pamamaga o pananakit ng mga lymph node, pagbaba ng sensasyon, pagkawala ng malay, pananakit ng mga paa at kamay, panginginig, pagkawala ng sensasyon sa bahaging iniksyon 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. 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 pagrereglar, 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 SILGARD®9, 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. 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。

● 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 talamak na kondisyon.
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 magpabakuna) dahil sa mga component ng SILGARD®9 (para sa mga detalye, mangyaring tanungin ang iyong doktor).
4. Bukod pa rito, mga sinabihan ng kanilang doktor na makabubuting hindi magpabakuna.

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。

● 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 SILGARD®9.
 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. 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。

● Mga pag-iingat sa pagbabakuna ng SILGARD®9 シルガード®9 接種にあたっての注意点

1. Ang mga target para sa pagbabakuna ng SILGARD®9 ay mga babaeng nasa edad 9 taon pataas.
 2. Ang SILGARD®9 ay karaniwang itinuturok sa kalamnan ng braso sa unang pagbabakuna (1st dose), pagkatapos ng dalawang buwan (2nd dose), at pagkatapos ng anim na buwan (3rd dose).
 3. Ang mga babaeng nasa edad 9 hanggang 14 taon ay maaaring pumili ng paraan na may kabuuang dalawang beses ng pagbabakuna na nakukumpleto sa 6 hanggang 12 buwan na interval mula sa unang pagbabakuna. Mangyaring kumonsulta nang maaga sa iyong doktor tungkol sa bilang at petsa ng pagbabakuna.
 4. Kailangan ang dalawa o tatlong dose ng SILGARD®9 upang makuha ang sapat na proteksyon.
 5. Kung SILGARD®9 ang ginagamit sa 1st dose, mangyaring gumamit din ng SILGARD®9 sa 2nd at mga sumusunod na dose. Hindi pa nakumpirma ang proteksyon kung ibang bakuna ang ginamit sa 2nd at mga sumusunod na dose.
 6. Kung nabuntis sa kalagitnaan ng dalawa o tatlong pagbabakuna, mangyaring ipagliban ang pagbabakuna at kumonsulta sa doktor tungkol sa mga sumusunod pagbabakuna.
1. シルガード®9 の接種対象者は 9 歳以上の女性です。
 2. シルガード®9 は初回接種（1 回目）、2 ヶ月後（2 回目）、6 ヶ月後（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 ヶ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. シルガード®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 回目にシルガード®9 を接種した場合は、2 回目以降もシルガード®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。

Nine-valent HPV vaccine pre-vaccination (SILGARD® 9) screening form

9 価 HPV ワクチン（シルガード®9）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	Nais ang dalawang pagbabakuna ・ Nais ang tatlong pagbabakuna 2 回接種を希望 ・ 3 回接種を希望 *Ang dalawang pagbabakuna ay maaari lamang para sa mga nasa edad 9 hanggang 14 taon ※2 回接種は 9 歳以上 15 歳未満のみ可能	Temperatura ng katawan bago ang medikal na pagsusuri 診察前の体温	Degrees 度分
	1st dose (/) / 2nd dose (/) / 3rd dose (/) 1 回目 (/) ・ 2 回目 (/) ・ 3 回目 (/)		
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		Petsa ng kapanganakan 生年月日	Buwan Araw Taon 年 月 日生 (Wala pang taon at buwan) (満 歳 カ月)
Pangalan ng magulang/guardian (Kung menor de edad ang tatanggap ng pagbabakuna (wala pang 18 taong gulang)) 保護者の氏名 (接種を受ける人が未成年 (18 歳未満) の場合)			

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 nine-valent HPV vaccine (SILGARD® 9)")? 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。	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。 <input type="radio"/> Partikular na sintomas () <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> Partikular na pangalan ng sakit () <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> Pangalan ng bakuna () <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> Bilang at petsa ng pagbabakuna (beses, Buwan Araw Taon) (1) Cervarix® (bivalent) (2) GARDASIL® (quadrivalent) (3) Hindi alam <input type="radio"/> 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	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。 <input type="radio"/> Partikular na pangalan ng sakit () <input type="radio"/> 具体的な病名 () <input type="radio"/> Komento ng pangunahing doktor () <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> Nilagnat ka ba noong mga panahong iyon? <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> Pangalan ng gamot o pagkain () <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> Pangalan ng bakuna () <input type="radio"/> 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	
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	
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	

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 magbabakuna? (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)

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
<p>Pangalan: Recombinant adsorbed nine-valent human papillomavirus virus-like particle vaccine (yeast origin) SILGARD®9 Aqueous suspension para sa intramuscular injection syringe</p> <p>名称：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</p> <p>Pangalan ng manufacturer: MSD K.K. Serial no.:</p> <p>メーカー名：MSD 株式会社 製造番号：</p>	<p>Intramuscular, 0.5 mL Bahaging iniksyonan: Deltoid muscle ng itaas na braso (kanan / kaliwa) Anterolateral thigh (kanan / kaliwa)</p> <p>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)</p>	<p>Lugar kung saan isasagawa ang pagbabakuna:</p> <p>Pangalan ng doktor:</p> <p>Petsa ng pagbabakuna: Buwan Araw Taon Oras</p> <p>実施場所：</p> <p>医師名：</p> <p>接種年月日： 年 月 日 時</p>

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。