

HPV ワクチン接種後に生じた症状の経過とニーズを探索する^{たんさく}
縦断的観察研究（略称：HPV ワクチンの安全性に関する研究）：
初回アンケート調査票

0. はじめに

- (1) このアンケートは、基本的には、症状でお困りの方ご本人（以下、“本人”と記載させていただきます）に答えていただくものです。けれども、内容によっては答えるのが難しい項目があるかもしれませんので、保護者の方に確認しながら回答しても構いません。
- (2) アンケートは、以下に示す大きな項目 7 項目で構成されています。
 1. アンケートに関わる基本情報
 2. ワクチン接種前の健康状況
 3. ワクチン接種状況
 4. ワクチン接種後に現れた症状の詳細
 5. 治療について
 6. 入院について
 7. 日常生活、就学・就労(学校・仕事)への影響について
 8. 医療や社会的支援について
- (3) 上記 7 項目すべてを回答するのにかかる時間は、およそ 15 分程度です。一度に回答しきれない場合は、休憩しながら回答しても構いません。
- (4) アンケートをすべて回答していただいた方には、謝礼として 4000 円を差し上げますので、アンケート終了後に、お支払いの手続きに移ります。
- (5) このアンケートの結果は、個人が特定されないように情報をまとめて、学会などで公表され、調査協力施設や関連する行政などで、同じくワクチン接種後の症状でお困りの方々に向けた支援を検討する大切な資料となる予定です。是非、最後までご協力ください。

注：緑字は、アンケートの動作仕様の為、実際のアンケート画面には表示されません。

1. アンケートを回答する前に、以下、あてはまるものを選んでください。

(1) 回答年月日（自動的に選択）

西暦____年__月____日

記号の意味

○：ラジオボタン（択一選択）

☐：チェックボックス（複数選択可）

(2) このアンケートに回答するのは、（○本人 ○本人以外）です。

（本人以外を選んだ場合のみ）本人との関係を以下より選んでください。

○父母 ○祖父母 ○その他（Free text:記載必須）

(3) このアンケートをどのようにして知りましたか？

国または市区町村からの案内書（パンフレット）

医薬品医療機器総合機構（PMDA）からの案内書

予防接種リサーチセンター（予防接種健康被害者保健福祉相談センター）からの案内書

医療機関（病院、クリニックなど）からの案内書

その他（Free Text:記載必須）

(4) 現在、HPV ワクチン接種後の健康被害のために、以下のいずれかの救済（きゅうさい）の給付を受けていますか？

○はい ○いいえ

（”はい”を選んだ場合）受けている救済給付の種類を以下より選んでください。

（複数選択可）

予防接種法における救済給付（市区町村より救済給付を受けている）

医薬品医療機器総合機構（PMDA）法による救済給付（PMDA より救済給付を受けている）

予防接種健康被害者保健福祉相談事業の健康管理支援事業による救済給付（予防接種リサーチセンターより健康管理支援手当の支払いを受けている）

（上記（4）で”いいえ”を選んだ場合）あてはまるものを選んで下さい。

○どの救済給付を受けているかわからない

○どの救済給付も受けていない

○その他（Free Text:記載必須）

(5) あなた（本人が回答の場合）/症状でお困りの方（本人以外が回答の場合）の生年月日を入力してください。

西暦 ____ 年 ____ 月 ____ 日

2. まず、はじめに、HPV ワクチンを接種する前の、健康状況についてお伺いします。

(1) ワクチン接種前に、持病（慢性的にかかっている病気、もしくは治療中の病気）はありましたか？

なかった あった

（“あった”を選んだ場合のみ）その病気は、以下のどれにあてはまりますか？

（複数選択可）

血液の病気（白血病、血小板減少症など）

免疫（めんえき）の病気（例：全身性エリテマトーデス（SLE）、皮膚（ひふ）筋炎など）

内分泌（ないぶんぴつ）または代謝の病気（例：甲状腺ホルモンの異常、糖尿病など）

心臓・血管の病気（例：生まれつきの心臓の異常など）

肺・呼吸器の病気（例：喘息（ぜんそく）、肺分画症（はいぶんかくしょう）など）

消化器の病気（例：過敏性（かびんせい）腸症候群、潰瘍性（かいようせい）大腸炎など）

骨・筋肉の病気（例：筋ジストロフィーなど）

神経の病気（例：てんかん、発達障害、自律神経失調症など）

精神・こころの病気（例：うつ病、睡眠障害、統合失調症（とうごうしっちょうしょう）、パニック障害、摂食（せっしょく）障害/拒食症/過食症など）

眼の病気（例：白内障（はくないしょう）・緑内障（りょくないしょう）など）

耳の病気（例：難聴、中耳炎、メニエール病など）

腎臓・泌尿（ひにょう）器・生殖器の病気（例：ネフローゼ、子宮筋腫（しきゅうきんしゅ）など）

皮膚の病気（例：アトピー性皮膚炎など）

その他（自由記載）

(2) 1 回目の HPV ワクチン接種前（さかのぼって2年の間）に、医療機関（病院またはクリニックなど）を受診したことはありますか？

受診したことはない 受診したことがある

（上記で “受診したことがある” を選んだ場合のみ、以下の下位構造の質問項目（ 、 ）を表示）

上記の受診は、どのような症状でしたか？ 差し支えなければ、わかる範囲で下記より選んで下さい。（複数選択可）

消化器、肝臓などの症状

（例：腹痛、下痢、消化不良、胃液の逆流など胃・腸・肝臓などおなかの中の臓器の症状、おしりからの出血など）

筋肉、骨、関節などの症状

（例：テニス肘（ひじ）、ランナー膝（ひざ）、関節の痛み、関節の脱臼（だっきゅう、関節が外れること）・亜脱臼（不完全な脱臼）など）

失神、転倒

けが

その他（自由記載）

答えたくない

ワクチン接種前 2 年間に、何らかの症状で医療機関を受診したが、“症状の原因はわからない”もしくは、何らかの検査を受けて異常は見つかったが“症状や検査異常の原因がわからない”と医師から言われたことはありますか？以下よりあてはまるものを選んで下さい。

なかった

何らかの症状があったが、検査しても原因はわからなかった

検査して何らかの異常が見つかったが、原因はわからなかった

(3) HPV ワクチン接種以前に、学校や仕事の妨げ（例えば、遅刻、早退、欠席、医務室での休息など）、もしくは、日常生活の妨げ（日中横になって休む必要がある、もしくは、家での暮らしに助けが要るなど）となるような症状が 1 ヶ月以上 続く経験はありましたか？

なかった あった

（あった場合のみ）その経験はいつ頃から、どれぐらいの期間（合計で） ありましたか？

西暦 _____ 年 _____ 月頃から 総期間 _____ ヶ月程度

(4) HPV ワクチン接種以前の、睡眠に関する生活状況についてお伺いします。あなたの睡眠パターンであてはまるものをすべて選んで下さい。（複数選択可）

就寝するのはたいてい深夜過ぎ（夜中 0 時以降）

寝つきが悪い（入眠障害）

途中で何度も目が覚める（中途覚醒）

起床時間が遅い/昼頃起きる

睡眠時間が長い/一度眠ると半日以上（12 時間以上）寝ている

睡眠時間が短い（平日の平均が 6 時間以下）

日中に眠気があり、寝てしまうことが多いもしくは、仮眠が必要

緊張やストレスがかかると、突然眠ってしまう（睡眠発作）

HPV ワクチン Web アンケート（初回）
調査票第 0.9 版 2018 年 11 月 3 日作成

その他（Free text:自由記載）

3 . HPV ワクチン接種の状況についてお伺いします。

(1) 接種した HPV ワクチン名を選んでください。

- サーバリックス ガーダシル わからない

(2) HPV ワクチンを接種した日を選択してください。接種日がわからない場合は、おおよその時期（～年～月頃）を入力してください。

1 回目接種：西暦____年__月__日

2 回目接種：○ 接種していない ○ 接種した（西暦____年__月__日・接種日不明）

3 回目接種：○ 接種していない ○ 接種した（西暦____年__月__日・接種日不明）

(3) HPV ワクチンを接種した後に出現した症状に対する診断名についてお聞きします。診察した医師より告げられた診断名が以下にある場合、あてはまるものを選択してください（複数選択可）。

全身性エリトマトーデス（SLE）

若年性関節リウマチ（JRA）

ベーチェット病

てんかん

多発性硬化症（たはつせいこうかしょう）/MS

ギランバレー症候群、多発性ニューロパチー

重症筋無力症（じゅうしょうきんむりょくしょう）

片頭痛/慢性頭痛

慢性複合性局所疼痛（まんせいふくごうせいきょくしょとうつう）症候群/CRPS

自己免疫性脳炎/脳症・急性散在性脳脊髄炎（きゅうせいさんざいせいのうせきずいえん）/ADEM（アデム）

キアリ奇形

頸椎症（けいついしょう）

腰椎椎間板（ようついついかんばん）ヘルニア

線維筋痛症（せんいきんつうしょう）

起立性調節障害（きりつせいちょうせつしょうがい）・起立性低血圧・体位性頻脈（たいいせいひんみやく）症候群/POTS（ポツツ）・神経調節性失神

慢性疲労症候群

うつ病/うつ症状

統合失調症（とうごうしっちょうしょう）・一過性精神病

その他（自由記載 診断名1）（自由記載 診断名2）（自由記載 診断名3）

4 . HPV ワクチン接種後に出現した症状の詳細についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後から今までにどのような症状が生じましたか？当てはまる症状の種類を以下よりすべて選択してください。

- 感覚や運動（痛みなど異常な感覚、目・耳などの感覚器や体の動き）に関する症状
- 自律神経系（気分や体調、睡眠など）に関する症状
- 認知機能（記憶、思考、理解、計算、学習、言語、判断などの力）に関する症状
- その他の症状

該当する項目のみ、以下の質問がブラウザ上で展開される。

< 感覚・運動に関する症状の質問項目 >

HPV ワクチン接種後から今までに経験した感覚・運動に関する症状をすべて選択してください。

感覚に関する症状

感覚に関する症状はなかった（排他的質問項目として edit check）

手足の痛み： 膝 うで（肘（ひじ）より下） 肩・うで（肘より上） 太もも ふくらはぎ・足

背中（肋骨）あたりの痛み

頭痛

その他の部位の痛み（部位：自由記載）

感覚のにぶさ： 頭 顔 肩・うで・手 胸・腹 背中・腰・おしり 太もも～足 その他の部位（部位：自由記載）

しびれ感など異常な感覚： 頭 顔 肩・うで・手 胸・腹 背中・腰・おしり 太もも～足 その他の部位（部位：自由記載）

感覚過敏： 音 光 におい その他（自由記載）

視覚の異常（目がみえにくい、見え方の異常など）

運動に関する症状

運動に関する症状はなかった（排他的質問項目として edit check）

手足のふるえ

手足が勝手に動く

手足が動かさにくい/力が入らない（麻痺（まひ）など）

立ち上がれない/歩けない

けいれん（意識を失って手足を動かす）

その他感覚や運動に関する症状：（自由記載欄 3 つ）

（上記ありの場合：症状毎に下位構造の下記質問項目を表示）

上で選んだ _____ の症状（痛み、頭痛、感覚のにぶさ、しびれ感、感覚過敏、視覚の異常、手足のふるえ、手足が勝手に動く、手足が動かしにくい/力が入りにくい、立ち上がれない/歩けない、けいれん、その他感覚や運動に関する症状の自由記載欄記入項目から、上記で選択された症状が _____ に入る）について、以下の内容を教えてください。

- 症状が出現した時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（不明 も選択できるように）
- 症状が一番つらかった時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（不明 も選択できるように）
- 一番つらかった時期の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 症状がなくなった時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（今も症状が続いている が選択できるように）
- （今も症状が続いている を選んだ場合のみ表示）今の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- これまでそれらの症状は良くなったり悪くなったりを繰り返しましたか？
 はい いいえ

<自律神経系に関する症状の質問項目>

HPV ワクチン接種後から今までに経験した自律神経系（気分や体調、睡眠など）に関する症状をすべて選択してください。

自律神経系に関する症状はなかった（排他的質問項目として edit check）

めまい・立ちくらみ

失神

過呼吸・息苦しさ

耳鳴り

冷や汗・手汗がでる

手足の先が冷たくなる

発熱・微熱・低体温

嘔吐（おうと）・吐く（はく）・吐き気

下痢・便秘

腹痛

食欲低下

食べ過ぎてしまう

月経 / 生理異常（多すぎる / 少なすぎる月経血、月経不順、強い生理痛など）

疲れやすい

倦怠感

就寝するのはたいてい深夜過ぎ（夜中 0 時以降）
寝つきが悪い（入眠障害）
途中で何度も目が覚める（中途覚醒）
起床時間が遅い/昼頃起きる
睡眠時間が長い/一度眠ると半日以上（12 時間以上）寝ている
睡眠時間が短い（平日の平均が 6 時間以下）
日中に眠気があり、寝てしまうことが多いもしくは、仮眠が必要
緊張やストレスがかかると、突然眠ってしまう（睡眠発作）
その他自律神経に関する症状：（自由記載欄 3 つ）

（上記ありの場合：症状毎に下位構造の下記質問項目を表示）

上で選んだ の症状（めまい・立ちくらみ、失神、過呼吸・息苦しさ、耳鳴り、冷や汗・手汗、手足の先が冷たくなる、発熱・微熱・低体温、嘔吐・吐き気、下痢・便秘、腹痛、食欲低下、食べ過ぎてしまう、月経/生理異常、疲れやすい、倦怠感、睡眠障害、その他自律神経に関する症状の自由記載欄記入項目から、上記で選択された症状が に入る）について、以下の内容を教えてください。

- 症状が出現した時期：西暦 年 月頃（不明 も選択できるように）
- 症状が一番つらかった時期：西暦 年 月頃（不明 も選択できるように）
- 一番つらかった時期の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 症状がなくなった時期：西暦 年 月頃（今も症状が続いている が選択できるように）
- （今も症状が続いている を選んだ場合のみ表示）今の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- これまでそれらの症状は良くなったり悪くなったりを繰り返しましたか？
 はい いいえ

< 認知機能に関する症状 >

HPV ワクチン接種後からいままでに経験した認知機能（記憶、思考、理解、計算、学習、言語、判断などの力）に関する症状を すべて選択 してください。

意欲・集中力が低下した
読み書き・暗算力・理解力が低下した
記憶力が低下した・物忘れがひどくなった
その他認知機能に関する症状：（自由記載欄 3 つ）

（上記ありの場合：症状毎に下位構造の下記質問項目を表示）

上で選んだ の症状（意欲・集中力が低下した、読み書き・暗算力が低下した、記憶力が低下した・物忘れがひどくなった、その他認知機能に関する症状自由記載欄記入項目から、上記で選択された症状が に入る）について、以下の内容を教えてください。

- 症状が出現した時期：西暦 年 月頃（不明 も選択できるように）
- 症状が一番つらかった時期：西暦 年 月頃（不明 も選択できるように）
- 一番つらかった時期の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 症状がなくなった時期：西暦 年 月頃（今も症状が続いている が選択できるように）
- （今も症状が続いている を選んだ場合のみ表示）今の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- これまでそれらの症状は良くなったり悪くなったりを繰り返しましたか？
 はい いいえ

5. 治療についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後に生じた症状に対して、今までに何らかの治療を受けましたか。

治療を受けた 治療を受けていない

（上記ありの場合：下位構造の下記質問項目を表示）

今まで受けた治療をわかる範囲ですべて選択してください。また、治療したおよその期間や回数を入力して下さい。

内服薬（飲み薬）

痛み止め（カロナール・バファリン・ロキソニン・リリカ・ノイロトロピンなど）約 _____ ヶ月間
免疫を抑える薬/免疫抑制剤（ステロイド薬・イムランなど）約 _____ ヶ月間
アレルギーを抑える薬（アレグラなど）約 _____ ヶ月間
ビタミン剤（メチコバルなど）約 _____ ヶ月間
その他（Free text：自由記載 _____）約 _____ ヶ月間

注射薬

痛み止め（アセリオ、アクテムランなど）約 _____ ヶ月間
免疫を調整する薬（ステロイドパルス、免疫グロブリンなど）約 _____ ヶ月間
その他（Free text： _____）

外用薬（皮膚に直接貼る、塗るなどの薬）

冷湿布・温湿布 約 _____ ヶ月間
その他（Free text：自由記載 _____）

その他の治療

心理療法（カウンセリング）約 _____ ヶ月間
運動療法（リハビリテーション）約 _____ ヶ月間
血液浄化療法（免疫吸着療法、血漿交換療法、血液透析など）約 _____ ヶ月間
硬膜外酸素注入療法（酸素パッチ）、自己血注入療法（自己血パッチ）約 _____ 回
B スポット療法 約 _____ 回
その他（Free text：自由記載 _____）

今まで受けた治療の中で効果があると感じた治療はありましたか？

あり なし

（上記ありの場合：下位構造の下記質問項目を表示）

- i. もっとも効果があると感じた治療をひとつ選択してください。
（ _____ で選択した項目が表示され、一項目のみ選択できる画面イメージ）

6. 入院についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後に生じた症状によって、いままでに入院して検査や治療を受けたことがありますか？

○ない ○1 回入院した ○2～4 回入院した ○5～9 回入院した ○10 回以上入院した
(上記ない 以外の場合：下位構造の下記質問項目を表示)

i. いままでに入院していた期間を合計するとおよそ何ヶ月ですか？
約 _____ ヶ月（1 ヶ月未満から 50 ヶ月以上までを選択可能）

ii. 入院のきっかけとなった症状のうち、最もつらかった症状を **3 つまで** 選択してください

感覚に関する症状

痛み

頭痛

感覚のにぶさ

しびれ感、異常な感覚

感覚過敏

視覚の異常

発熱・微熱・低体温

嘔吐・吐く・吐き気

下痢・便秘

腹痛

食欲低下

食べ過ぎてしまう

月経/生理異常

運動に関する症状

手足のふるえ

手足が勝手に動く

手足が動かしにくい/力が入りにくい

立ち上がれない/歩けない

けいれん（意識を失って手足を動かす）

疲れやすい

倦怠感

睡眠障害

認知機能に関する症状

意欲・集中力が低下した

読み書き・暗算力が低下した

記憶力が低下した・物忘れがひどくなった

自律神経に関する症状

めまい・立ちくらみ

失神

過呼吸・息苦しさ

耳鳴り

冷や汗、手汗がでる

手足の先が冷たくなる

その他の症状

(Free text: 自由記載)

(Free text: 自由記載)

(Free text: 自由記載)

iii. 最後に入院したのはいつ頃ですか？ 西暦 _____ 年 _____ 月ごろ

7. 日常生活、就学/就労への影響についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後に生じた症状が原因で、ワクチン接種後から今までの間に、1ヶ月以上にわたり、学校や仕事に支障（遅刻、早退、欠席、医務室などで過ごす）がでたことがありましたか？

- なかった あった

（上記あった の場合：下位構造の下記質問項目を表示）

その支障はいつ頃から始まりましたか？およその時期を入力してください。

西暦 _____ 年 _____ 月頃から （不明 も入力できるように）

その支障が最もひどかった時期はいつ頃ですか？およその時期を入力してください。

西暦 _____ 年 _____ 月頃 （不明 も入力できるように）

支障が最もひどかった時期のあなたの状況について、最もあてはまるものを一つ選んでください。

- 症状を感じる時はあったが、学校や職場では、症状発症前と同程度の活動もしくは仕事を続けることができた。
- 症状の為、学校や職場に遅刻、早退する、もしくは、医務室などで過ごすことがあったが、学校や職場を欠席/欠勤するほどではなかった。
- 症状の為、学校を欠席もしくは職場を欠勤して家で休むことがあったが、学校や職場を辞めることはなかった。
- 症状の為、発症前に通っていた学校や職場に通うことができなくなり退学/退職し、自宅で過ごしていた。自宅で、自分の身の回りのことはできていた。
- 症状の為、発症前に通っていた学校や職場に通うことができなくなり退学/退職し、自宅で過ごしていた。自宅では、自分の身の回りのことにも、介助が必要であった。

支障が最もひどかった時期について、学校や仕事に支障（遅刻、早退、欠席、医務室などで過ごすなど）を生じていた頻度はどれぐらいでしたか？最もあてはまるものを一つ選んでください。

- 月に 1 ~ 5 日以下（およそ月に数日）
- 月 6 日以上 10 日以下（およそ月に数日以上だが、月の平日の半分には満たない程度）
- 月 11 日以上 20 日以下（およそ月の平日の半分以上だが、毎日ではない頻度）
- 月 21 日以上（平日ほぼ毎日）

上記 で答えた、就学就労に対する支障はいつ頃におさまりましたか? およその時期を入力してください。

西暦 _____ 年 _____ 月頃 （現在も継続している も入力できるように）

あなたの**現在の状態**として、最もあてはまるものを一つ選んでください。

- ：症状を感じることはない。
- ：症状を感じる時はあるが、学校や職場では、症状発症前と同程度の活動もしくは仕事を続けることができる。
- ：症状の為、学校や職場に遅刻、早退する、もしくは、医務室などで過ごすことがあるが、学校や職場を欠席/欠勤することはない。
- ：症状の為、学校を欠席もしくは職場を欠勤して家で休むことはあるが、学校や職場を辞めるほどではない。
- ：症状の為、就学や就労は難しく、自宅で過ごしている。自宅で、自分の身の回りのことはできている。
- ：症状の為、就学や就労は難しく、自宅で過ごしている。自宅では、自分の身の回りのことにも、介助が必要である。

8 . HPV ワクチン接種後に生じた症状に悩まれている/いた方への医療や社会的支援の必要性についてお伺いします。

(1) 今まで、いくつの医療機関にかかりましたか？下より選んで下さい。（同じ病院の違う科は、1つと数えてください。）：1 から 15 以上の選択肢から選ぶ（スクロールダウン）。

(2) HPV ワクチン接種後に生じた症状のために、あなたが現在かかっている病院・クリニックはありますか？
差しさわりがなければお答えください

ある ない 答えたくない

(3) あなたが病院、クリニックなどの医療機関での診療やカウンセリングなどを受ける際に、必要だと感じている支援があれば教えてください。（自由記載）

(4) あなたが学校に通う、または、勉強をするなど学業に関する活動を行う際に、必要だと感じている支援があれば教えてください。（自由記載）

(5) あなたが就職活動を行う、または、仕事を続ける上で必要だと感じている支援があれば教えてください。（自由記載）

(6) どのような相談窓口があれば、利用してみたいですか？（自由記載）

ご回答いただきありがとうございました。

この後、謝礼をお支払いさせていただく手続きを説明させていただきます。

2 回目以降アンケート調査票

0. はじめに

- (1) このアンケートは、基本的には、症状でお困りの方ご本人（以下、“本人”と記載させていただきます）に答えていただくものです。けれども、内容によっては答えるのが難しい項目があるかもしれませんので、保護者の方に確認しながら回答しても構いません。
- (2) アンケートは、以下に示す大きな項目 6 項目で構成されています。
 1. アンケートに関わる基本情報
 2. ワクチン接種後に現れた症状の詳細
 3. 治療について
 4. 入院について
 5. 日常生活、就学・就労（学校・仕事）への影響について
 6. 医療や社会的支援について
- (3) 上記 6 項目すべてを回答するのにかかる時間は、およそ 10 分程度です。一度に回答しきれない場合は、休憩しながら回答しても構いません。
- (4) アンケートをすべて回答していただいた方には、謝礼として 2000 円を差し上げますので、アンケート終了後に、お支払いの手続きに移ります。
- (5) このアンケートの結果は、個人が特定されないように情報をまとめて、学会などで公表され、調査協力施設や関連する行政などで、同じくワクチン接種後の症状でお困りの方々に向けた支援を検討する大切な資料となる予定です。是非、最後までご協力ください。

1. アンケートを回答する前に、以下、あてはまるものを選んでください。

(1) 回答年月日（自動的に選択）
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記号の意味

○：ラジオボタン（択一選択）

☐：チェックボックス（複数選択可）

(2) このアンケートの回答するのは、（○本人 ○本人以外）です。

（代理人を選んだ場合のみ）本人との関係を以下より選んでください。

○父母 ○祖父母 ○その他（Free text: 記載必須）

2. 前回アンケート回答後から現在までの間の「HPV ワクチン接種後に生じた症状」の経過についてお伺いします。

(1) 前回アンケート回答後から現在までの間に、どのような「HPV ワクチン接種後に生じた症状（ここでは、通常の風邪や怪我（けが）などは除く）」を経験しましたか？当てはまる症状の種類を以下よりすべて選択してください。

- 感覚や運動（痛みなどの異常な感覚、目・耳などの感覚器やからだの動き）に関する症状
- 自律神経系（気分や体調、睡眠など）に関する症状
- 認知機能（記憶、思考、理解、計算、学習、言語、判断などの力）に関する症状
- その他の症状

該当する項目のみ、以下の質問がブラウザ上で展開される。

< 感覚・運動に関する症状の質問項目 >

前回アンケート回答後から現在までに経験した感覚・運動に関する症状をすべて選択してください。

感覚に関する症状

感覚に関する症状はなかった（排他的質問項目として edit check）

手足の痛み： 膝 うで（肘（ひじ）より下） 肩・うで（肘より上） 太もも ふくらはぎ・足

背中（痛み、あばら骨（肋骨）あたりの痛み）

頭痛

その他の部位の痛み（部位：自由記載）

感覚のにぶさ： 頭 顔 肩・うで・手 胸・腹 背中・腰・おしり 太もも～足 その他の部位（部位：自由記載）

しびれ感など異常な感覚： 頭 顔 肩・うで・手 胸・腹 背中・腰・おしり 太もも～足 その他の部位（部位：自由記載）

感覚過敏： 音 光 におい その他（自由記載）

視覚の異常（目がみえにくい、見え方の異常など）

運動に関する症状

運動に関する症状はなかった（排他的質問項目として edit check）

手足のふるえ

手足が勝手に動く

手足が動かさにくい/力が入らない（麻痺など）

立ち上がれない/歩けない

けいれん（意識を失って手足を動かす）

その他感覚や運動に関する症状：（自由記載欄 3 つ）

（上記ありの場合：症状毎に下位構造の下記質問項目を表示）

上で選んだ _____ の症状（痛み、頭痛、感覚のにぶさ、しびれ感、感覚過敏、視覚の異常、手足のふるえ、手足が勝手に動く、手足が動かしにくい/力が入らない、立ち上がれない/歩けない、けいれん、その他感覚や運動に関する症状の自由記載欄記入項目から、上記で選択された症状が _____ に入る）について、以下の内容を教えてください。

- 症状が出現した時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（不明、前回アンケート時から継続 も選択できるように）
- 前回アンケート回答後から現在までで症状が一番つらかった時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（不明 も選択できるように）
- 前回アンケート回答後から現在までの間で一番つらかった時期の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 症状がなくなった時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（今も症状が続いている が選択できるように）
- （今も症状が続いている を選んだ場合のみ表示）今の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 前回アンケート回答後から現在までの間に、症状は良くなったり悪くなったりしましたか？
 はい いいえ

<自律神経系に関する症状の質問項目>

前回アンケート回答後から現在までに経験した自律神経系に関する症状（気分や体調、睡眠）をすべて選択してください。

自律神経系に関する症状はなかった（排他的質問項目として edit check）

めまい・立ちくらみ

失神

過呼吸・息苦しさ

耳鳴り

冷や汗・手汗がでる

手足の先が冷たくなる

発熱・微熱・低体温

嘔吐（おうと）・吐く（はく）・吐き気

下痢・便秘

腹痛

食欲低下

食べ過ぎてしまう

月経 / 生理異常（多すぎる / 少なすぎる月経血、月経不順、強い生理痛など）

疲れやすい

倦怠感

寝つきが悪い（入眠障害）

深夜（夜中 0 時以降）まで眠くならず、一度眠ると昼頃まで起きられない

途中で何度も目が覚める（中途覚醒）

半日以上（12 時間以上）寝ている

日中に眠気があり、寝てしまうことが多い

緊張やストレスがかかると、突然眠ってしまう（睡眠発作）

その他自律神経に関する症状：（自由記載欄 3 つ）

（上記ありの場合：症状毎に下位構造の下記質問項目を表示）

上で選んだ の症状（めまい・立ちくらみ、失神、過呼吸・息苦しさ、耳鳴り、冷や汗・手汗、手足の先が冷たくなる、発熱・微熱・低体温、嘔吐・吐き気、下痢・便秘、腹痛、食欲低下、食べ過ぎてしまう、月経/生理異常、疲れやすい、倦怠感、睡眠障害、その他自律神経に関する症状の自由記載欄記入項目から、上記で選択された症状が に入る）について、以下の内容を教えてください。

- 症状が出現した時期：西暦 年 月頃（不明、前回アンケート時から継続 も選択できるように）
- 前回アンケート回答後から現在までで症状が一番つらかった時期：西暦 年 月頃（不明 も選択できるように）
- 前回アンケート回答後から現在までで一番つらかった時期の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 症状がなくなった時期：西暦 年 月頃（今も症状が続いている が選択できるように）
- （今も症状が続いている を選んだ場合のみ表示）今の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 前回アンケート回答後から現在までの間に、症状は良くなったり悪くなったりしましたか？
 はい いいえ

< 認知機能に関する症状 >

前回アンケート回答後から現在までに経験した認知機能に関する症状（記憶、思考、理解、計算、学習、言語、判断などの力）をすべて選択してください。

意欲・集中力が低下した

読み書き・暗算力・理解力が低下した
記憶力が低下した・物忘れがひどくなった
その他認知機能に関する症状：（自由記載欄 3 つ）

（上記ありの場合：症状毎に下位構造の下記質問項目を表示）

上で選んだ _____ の症状（意欲・集中力が低下した、読み書き・暗算力が低下した、記憶力が低下した・物忘れがひどくなった、その他認知機能に関する症状自由記載欄記入項目から、上記で選択された症状が _____ に入る）について、以下の内容を教えてください。

- 症状が出現した時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（不明、前回アンケート時から継続も選択できるように）
- 前回アンケート回答後から現在までで症状が一番つらかった時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（不明も選択できるように）
- 前回アンケート回答後から現在までで一番つらかった時期の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 症状がなくなった時期：西暦 _____ 年 _____ 月頃（今も症状が続いているが選択できるように）
- （今も症状が続いているを選んだ場合のみ表示）今の症状の程度を 1 から 10 の数字で：（1：症状が最も軽い ~ 10：最も重い）（スクロールで数字を選択）
- 前回アンケート回答後から現在までの間に、症状は良くなったり悪くなったりしましたか？
 はい いいえ

3. 治療についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後に生じた症状に対して、前回アンケート回答後から現在までに何らかの治療を受けましたか。

治療を受けた 治療を受けていない

(上記ありの場合：下位構造の下記質問項目を表示)

前回アンケート回答後から現在までに受けた治療をわかる範囲ですべて選択してください。また、治療したおよその期間や回数を入力して下さい。

内服薬（飲み薬）

痛み止め（カロナール・パファリン・ロキソニン・リリカ・ノイロトロピンなど）約____ヶ月間
免疫を抑える薬/免疫抑制剤（ステロイド薬・イムランなど）約____ヶ月間
アレルギーを抑える薬（アレグラなど）約____ヶ月間
ビタミン剤（メチコバルなど）約____ヶ月間
その他（Free text：自由記載）約____ヶ月間

注射薬

痛み止め（アセリオ、アクテムランなど）約____ヶ月間
免疫を調整する薬（ステロイドパルス、免疫グロブリンなど）約____ヶ月間
その他（Free text：）

外用薬（皮膚に直接貼る、塗るなどの薬）

冷湿布・温湿布 約____ヶ月間
その他（Free text：自由記載）

その他の治療

心理療法（カウンセリング）約____ヶ月間
運動療法（リハビリテーション）約____ヶ月間
血液浄化療法（免疫吸着療法、血漿交換療法、血液透析など）約____ヶ月間
硬膜外酸素注入療法（酸素パッチ）、自己血注入療法（自己血パッチ）約____回
B スポット療法 約____回
その他（Free text：自由記載）

上記治療の中で効果があると感じた治療はありましたか？

あり なし

(上記ありの場合：下位構造の下記質問項目を表示)

- i. 上記治療の中でもっとも効果があると感じた治療をひとつ選択してください。
(____で選択した項目が表示され、一項目のみ選択できる画面イメージ)

4. 入院についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後に生じた症状によって、前回アンケート回答後から現在までに入院して検査や治療を受けたことがありますか？

○ない ○1 回入院した ○2～4 回入院した ○5～9 回入院した ○10 回以上入院した

（上記ない以外の場合：下位構造の下記質問項目を表示）

i. 前回アンケート回答後から現在までに入院していた期間を合計するとおよそ何ヶ月ですか？

約 _____ ヶ月（1 ヶ月未満から 50 ヶ月以上までを選択可能）

ii. 上記の入院のきっかけとなった症状のうち、最もつらかった症状を3 つまで選択してください。

感覚に関する症状

痛み

発熱・微熱・低体温

頭痛

嘔吐・吐く・吐き気

感覚のにぶさ

下痢・便秘

しびれ感、異常な感覚

腹痛

感覚過敏

食欲低下

視覚の異常

食べ過ぎてしまう

運動に関する症状

手足のふるえ

月経/生理異常

手足が勝手に動く

疲れやすい

手足が動かしにくい/力が入りにくい

倦怠感

立ち上がれない/歩けない

睡眠障害

けいれん（意識を失って手足を動かす）

認知機能に関する症状

自律神経に関する症状

めまい・立ちくらみ

意欲・集中力が低下した

失神

読み書き・暗算力が低下した

過呼吸・息苦しさ

記憶力が低下した・物忘れがひどくなった

耳鳴り

その他の症状

（Free text: 自由記載）

冷や汗、手汗がでる

（Free text: 自由記載）

手足の先が冷たくなる

（Free text: 自由記載）

iii. 前回アンケート回答後から現在まで最後に入院したのはいつ頃ですか？

西暦 _____ 年 _____ 月ごろ

5. 日常生活、就学/就労への影響についてお伺いします。

(1) HPV ワクチン接種後に生じた症状が原因で、前回アンケート回答後から現在までに、1ヶ月以上にわたり学校や仕事に支障（遅刻、早退、欠席、医務室などで過ごす）がでたことがありましたか？

- なかった あった

（上記あったの場合：下位構造の下記質問項目を表示）

その支障はいつ頃から始まりましたか？およその時期を入力してください。

西暦 _____ 年 _____ 月頃から （不明 も入力できるように）

前回アンケート回答後から現在までの間にその支障が最もひどかった時期はいつ頃ですか？およその時期を入力してください。

西暦 _____ 年 _____ 月頃 （不明 も入力できるように）

前回アンケート回答後から現在までの間で支障が最もひどかった時期のあなたの状況について、最もあてはまるものを一つ選んでください。

- 症状を感じる時はあったが、学校や職場では、症状発症前と同程度の活動もしくは仕事を続けることができた。
- 症状の為、学校や職場に遅刻、早退する、もしくは、医務室などで過ごすことがあったが、学校や職場を欠席/欠勤するほどではなかった。
- 症状の為、学校を欠席もしくは職場を欠勤して家で休むことがあったが、学校や職場を辞めることはなかった。
- 症状の為、発症前に通っていた学校や職場に通うことができなくなり退学/退職し、自宅で過ごしていた。自宅で、自分の身の回りのことはできていた。
- 症状の為、発症前に通っていた学校や職場に通うことができなくなり退学/退職し、自宅で過ごしていた。自宅では、自分の身の回りのことにも、介助が必要であった。

前回アンケート回答後から現在までの間で支障が最もひどかった時期について、学校や仕事に支障（遅刻、早退、欠席、医務室などで過ごすなど）を生じていた頻度はどれくらいでしたか？最もあてはまるものを一つ選んでください。

- 月に1～5日以下（およそ月に数日）
- 月6日以上10日以下（およそ月に数日以上だが、月の平日の半分には満たない程度）
- 月11日以上20日以下（およそ月の平日の半分以上だが、毎日ではない頻度）
- 月21日以上（平日ほぼ毎日）

上記 で答えた、就学就労に対する支障はいつ頃におさまりましたか? およその時期を入力してください。

西暦 _____ 年 _____ 月頃 （現在も継続しているも入力できるように）

あなたの**現在の状態**として、最もあてはまるものを一つ選んでください。

- ：症状を感じることはない。
- ：症状を感じる時はあるが、学校や職場では、症状発症前と同程度の活動もしくは仕事を続けることができる。
- ：症状の為、学校や職場に遅刻、早退する、もしくは、医務室などで過ごすことがあるが、学校や職場を欠席/欠勤することはない。
- ：症状の為、学校を欠席もしくは職場を欠勤して家で休むことはあるが、学校や職場を辞めるほどではない。
- ：症状の為、就学や就労は難しく、自宅で過ごしている。自宅で、自分の身の回りのことはできている。
- ：症状の為、就学や就労は難しく、自宅で過ごしている。自宅では、自分の身の回りのことにも、介助が必要である。

6. HPV ワクチン接種後に生じた症状に悩まれている/いた方への医療や社会的支援の必要性についてお伺いします。

(1) 前回アンケート回答後から現在までにいくつの医療機関にかかりましたか？下より選んで下さい。（同じ病院の違う科は、1つと数えてください。）：1 から 15 以上の選択肢から選ぶ（スクロールダウン）。

(2) HPV ワクチン接種後に生じた症状のために、あなたが現在かかっている医療機関（病院、クリニックなど）はありますか？差しさわりがなければお答えください

- ある ない 答えたくない

（上記（2）で あるの場合：下位構造の下記質問項目を表示）

i. あなたが現在かかっている医療機関であてはまるものを選択してください。（複数選択可）

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関（診療科は問わない）（厚労省 HP の協力医療機関リストへのリンクをつける https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou28/medical_institution/dl/kyoyroku.pdf）

上記協力医療機関のリストに含まれない大学病院

上記協力医療機関のリストに含まれない大学病院以外の病院

しんりょうじょ
診療所（ 医院、 クリニックなど）

その他（Free text: 自由記載）

(3) あなたが病院、クリニックなどの医療機関での診療やカウンセリングなどを受ける際に、必要だと感じている支援があれば教えてください。（自由記載）

(4) あなたが学校に通う、または、勉強をするなど学業に関する活動を行う際に、必要だと感じている支援があれば教えてください。（自由記載）

(5) あなたが就職活動を行う、または、仕事を続ける上で必要だと感じている支援があれば教えてください。（自由記載）

(6) どのような相談窓口があれば、利用してみたいですか？（自由記載）

ご回答いただきありがとうございました。

この後、謝礼をお支払いさせていただく手続きを説明させていただきます。