

HPVワクチン  
について考える

総司会 門田 守人（日本医学会長）、釜菴 敏（日本医師会常任理事）

13:00 開会の挨拶 1

横倉 義武（日本医師会長）

13:05 開会の挨拶 2

門田 守人（日本医学会長）

13:10 序論

釜菴 敏（日本医師会常任理事）

I（座長）藤井 知行（東京大学大学院医学系研究科産婦人科学教授）

13:20 子宮頸がん（総論）

宮城 悦子（横浜市立大学医学部産婦人科主任教授）

13:30 HPV ワクチンの普及と社会：世界の現況

シャロン・ハンリー（北海道大学大学院医学研究院生殖・発達医学分野産婦人科学教室特任講師）

14:00 HPV ワクチンの安全性についての厚労省研究班

祖父江 友孝（大阪大学大学院医学系研究科環境医学教授）

14:30 HPV ワクチン接種者で様々な症状を訴える人の診療経験

牛田 享宏（愛知医科大学医学部学際的痛みセンター教授）

II（座長）高橋 孝雄（慶應義塾大学医学部小児科教授）

15:00 HPV ワクチン接種後の機能性身体症状—その考え方と診療、今後の体制の提案—

奥山 伸彦（JR 東京総合病院前副院長）

15:30 HPV ワクチンの有効性について—本邦の報告—

榎本 隆之（新潟大学大学院医歯学総合研究科産科産婦人科学教授）

16:00 ワクチン全般の安全性と重要性—小児科医の立場から—

及川 馨（日本小児科医会業務執行理事・公衆衛生担当）

16:30 休憩

16:45 フロアーとの質疑応答

（司会）門田 守人、釜菴 敏、藤井 知行、高橋 孝雄

17:15 総括

門田 守人（日本医学会長）

17:20 終了

平成 30 年

日時

10月13日

開始時間 13:00

終了時間 17:20

場所

日本医師会館 大講堂

〒113-8621 文京区本駒込2-28-16 TEL: 03-3946-2121 (代)

主催：日本医師会 日本医学会

組織委員：藤井知行（東京大学大学院医学系研究科産婦人科学教授）  
高橋孝雄（慶應義塾大学医学部小児科教授）

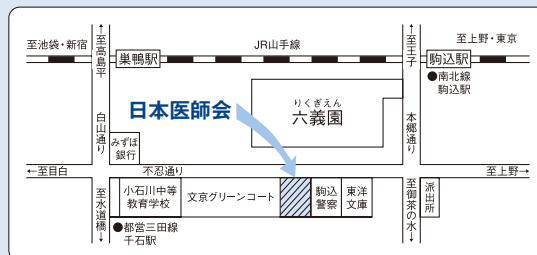
参加費：無料

参加方法：＜3方法＞ FAX送信・郵便はがき・日本医学会ホームページ登録  
（記入項目：氏名、住所、電話、参加者区分）

※氏名、住所等の個人情報は、入場券の送付に使用させていただきます。第三者に提供することはありません。

入場券：参加申し込み後、10日以内に本会より送付します。

締め切り：先着500名（500名に達した場合には、入場券は送付いたしません）

問い合わせ先：日本医学会 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内  
TEL: 03-3946-2121 (代) FAX: 03-3942-6517URL: <http://jams.med.or.jp/>

- JR山手線「駒込駅」南口より徒歩約10分
- 東京メトロ南北線「駒込駅」出口2より徒歩約10分
- 都営地下鉄三田線「千石駅」A3出口より徒歩約5分

日本医学会



## 生涯教育制度（但し：関係者のみ）

参加者には、日本医師会生涯教育制度（3.5単位）および3カリキュラムコード〔7（1単位）、11（2単位）、15（0.5単位）〕が付与されます。同時に日本内科学会認定総合内科専門医更新（2単位）の取得参加証が発行されます。

**参加方法** FAX送信、郵便はがき、日本医学学会ホームページ登録のうち、いずれかの方法（下記参照）でお申し込みください。

**入場券** 参加申し込み後、10日以内に本会より送付します。

**締め切り** 先着500名（500名に達した場合には、入場券は送付いたしませんので、あしからずご了承のほど、お願い申し上げます）

**参加費** 無料

\* 定期接種の対象年齢（小学校6年～高校1年に相当する年齢）者ならびにその保護者の方もぜひご参加ください。

\* 参加希望者のご氏名・ご住所等の個人情報は、入場券の送付に使用させていただきます。第三者に提供することはありません。

\* 車での来館はご遠慮ください。駐車できません。

**生涯教育制度**（但し：関係者のみ）

参加者には、日本医師会生涯教育制度（3.5単位）および3カリキュラムコード[7（1単位）、11（2単位）、15（0.5単位）]が付与されます。同時に日本内科学会認定総合内科専門医更新（2単位）の取得参加証が発行されます。

**FAX送信の場合** この申込書に記入の上、矢印の方向にご送信ください。

(ふりがな) 氏名	
住所	〒  電話 — —
参加者区分	[該当する箇所には○印を付けてください。医師の方は（ ）内にもご記入下さい] 定期接種の対象年齢者、その保護者、 医師（医籍登録番号：_____、所属郡市区医師会名：_____医師会）、 メディカルスタッフ、製薬関係、報道関係、その他

**郵便はがきの場合**

下記要領をはがき（往復はがき不要）に記して、日本医学学会までご送付ください。

日本医師会・日本医学学会  
合同公開フォーラム  
参加希望

(ふりがな)  
氏名：  
住所：〒  
電話：  
参加者区分：  
定期接種の対象年齢者、  
その保護者、  
医師（医籍登録番号：\_\_\_\_\_、  
所属郡市区医師会名：\_\_\_\_\_医師会）、  
メディカルスタッフ、製薬関係、  
報道関係、その他  
のいずれかを明記ください。

**日本医学学会ホームページ登録の場合**

日本医学学会のホームページ（<http://jams.med.or.jp/>）の「公開フォーラム」の項から、参加申し込みできます。



お問い合わせ先

日本医学学会

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内  
電話：03-3946-2121（代） FAX：03-3942-6517