

肺炎球菌ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

診察前体温: 度

* 接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

住 所		TEL() —
フリガナ		生 年 月 日
受ける人の氏名	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
保護者の氏名		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について、裏面の説明文を読んで理解して頂けましたか？	いいえ	はい	
2. 肺炎球菌ワクチン接種を、過去5年以内に受けていますか？	いいえ	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところはありますか？	ある(具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気(気管支喘息など)で医師にかかっていますか？	はい(病名) 薬を飲んでいますか？ (いる ・ いない)	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	はい(病名)	いいえ	
6. 1ヶ月以内に下記のいずれかの予防接種を受けましたか？ 麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘・BCG・ポリオ・黄熱	はい (予防接種名:)	いいえ	
7. 1週間以内に不活化ワクチン(質問6以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか？	はい (予防接種名:)	いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された人はいますか？	はい	いいえ	
10. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	ある: 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
11. 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか？	ある(薬又は食品の名前)	ない	
12. 今までに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことはありますか？	ある (予防接種名・症状)	ない	
13. 今までに特別な病気(心臓血管・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか？	はい(病名)	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に記入してください。			

医師記入欄: 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師署名

本人及び保護者に対して、予防接種の効果・副反応及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た。

只左 直也

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等について理解した上で、接種を希望しますか？

本人の署名(または保護者の署名)

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

使用 ワ ク チ ン 名	用法・用量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 日 時
肺炎球菌ワクチン「ニューモバックスNP」 Lot No.	皮下接種 mL	実施場所: 湘南茅ヶ崎クリニック 医師名: 只左 直也 接種日時:

* 記載頂きました個人情報、ワクチン接種の予診にのみ使用いたします。

肺炎球菌ワクチン予防接種説明書

【肺炎球菌ワクチンとは？】

高齢者の市中肺炎で最も多い起炎菌である肺炎球菌に有効なワクチンです。肺炎球菌以外の病原体による肺炎には効果が無いので、これで全ての肺炎が予防できるわけではありません。肺炎球菌は90種類以上の莢膜血清型があり、肺炎球菌ワクチンはこのうち23種の血清型(肺炎球菌性肺炎の約80%を占めます)に対応しています。ワクチン接種は1年中できますが、インフルエンザワクチンとの併用により肺炎の予防効果が高くなるといわれています。肺炎球菌ワクチンは不活化ワクチンなので、接種後の1ヶ月が抗体価のピークとなり4年続いた後、5年目以降で効果が低下します。日本では2009年より2回目(初回接種後5年経過した人)が認可されました。

保険適応となるのは、脾臓摘出患者の肺炎球菌による感染症予防のみです。

【ワクチンの副反応】

接種部位の疼痛、熱感、腫れ、発赤が5%以上みられます。また、筋肉痛、倦怠感、悪寒、頭痛、発熱がみられることがありますが、いずれも軽度で2~3日で消失します。

【他の予防接種との間隔】

肺炎球菌ワクチン接種前に、生ワクチン(麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなど)を接種している場合は原則として接種した日から28日以降、不活化ワクチン(インフルエンザワクチンなど)を接種した場合は原則として接種日から7日以降の間隔が必要となります。

【予防接種を受けることができない人】

1. 接種直前の体温が37.5℃を超えている人
2. 重篤な急性疾患(肺炎、腎盂腎炎、急性肝炎など)にかかっていることが明らかな人
3. 自己免疫病などでステロイドホルモン剤や免疫抑制剤の投与を受けている人
4. 過去に肺炎球菌ワクチン接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
5. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人】

1. 風邪などのひきはじめと思われる人
2. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんま疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
3. 薬の投与又は食事で皮膚に発疹が起きたり、体に異常をきたしたことがある人
4. 今までにけいれんを起したことがある人
5. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人

【ワクチン接種後の注意】

1. 肺炎球菌ワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種後は30分ほど待合室でお待ちください。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位の清潔を保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
5. 接種後3週間は、発熱などの副反応に注意してください。
6. 接種後に注射部位のひどい腫れや高熱などの症状を認めた場合は、当院を受診してください。

あなたの接種予定日は	医療機関名
月 日()です。 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	湘南茅ヶ崎クリニック