

【定期接種】肺炎球菌感染症予防接種予診票

定期接種	
接種時65歳	満60～64歳で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる身体障害者手帳1級

生活保護	
接種時65歳	満60～64歳で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる身体障害者手帳1級

太枠内をご記入下さい。

※接種区分は医療機関記入

住民票に記載されている住所	亀山市 ※接種時に亀山市に住民登録がある方が対象です	診察前の体温	度 分
ふりがな		電話番号	
受ける人の氏名	(男・女)	生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)

接種日当日に、亀山市に住民登録がありますか (住民登録がない方は対象外です)	はい	いいえ
過去に肺炎球菌ワクチン20価または23価の接種をしたことがありますか (接種をしたことがある方は定期接種の対象外です)	ない	ある

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について、裏面の説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか	はい	いいえ	
今日身体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	はい	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか (病名:)	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか (予防接種の種類: 接種日: 年 月 日)	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
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がありますか	はい	いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。
本人(またはその家族などの代理人)に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師の署名又は記名押印

本人の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種を希望しますか

本人署名 (またはその家族などの代理人の署名)

続柄 ()

(希望します・希望しません)

※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載

【定期接種】肺炎球菌予防接種接種済証 (PCV20)

住所	亀山市
氏名	
生年月日	年 月 日
接種日	年 月 日
Lot No.	
亀山市長	

ワクチン名 ワクチンメーカー	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン 「プレバナー20® 水性懸濁液」 ファイザー株式会社
接種方法 接種量	筋肉内注射 0.5ml
Lot No.	
実施場所 医師名	
予診・接種日	年 月 日

肺炎球菌ワクチン(プレベナー20[®])を接種される方へ

肺炎球菌ワクチン(プレベナー20[®])の接種を実施するにあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明文書をお読みにになり、「定期接種 肺炎球菌感染症予防接種予診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。

●このワクチンの効果と副反応

肺炎球菌ワクチン(プレベナー20[®])は、**高齢者又は肺炎球菌による疾患に罹患する危険性が高いと考えられる方に接種することができるワクチン**です。このワクチンの接種によって、肺炎球菌による感染症(肺炎球菌性肺炎、細菌性髄膜炎、菌血症など)を予防することが期待されます。

肺炎球菌ワクチン(プレベナー20[®])の国内臨床試験でみられた副反応は、注射部位の症状(痛み、赤み、腫れ、腕の動きの制限など)、頭痛、筋肉痛、疲労などです。

ただし、非常にまれですが、次のような副反応が報告されています。(1)ショック、アナフィラキシー様反応(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のこと)、(2)けいれん、血小板減少性紫斑病。

このような症状が認められたり、疑われたりした場合は、すぐに医師に申し出てください。

●接種上の注意

①このワクチンの接種後、違う種類のワクチンを接種する場合には、接種間隔の制限はありません。このワクチンは他のワクチンとの同時接種が可能ですので、同時接種を希望する場合には、医師にご相談ください。

②過去に肺炎球菌ワクチンを接種したことがある方は、必ず、接種時期をお知らせください。

●予防接種を受けることができない方

①明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)

②重い急性疾患にかかっている方

③このワクチンの成分またはジフテリアトキソイドによってアナフィラキシー(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のこと)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いわれた方

●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方

①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近親者に先天性免疫不全症の人がいる方

②心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発達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、全身性発疹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過去にこのワクチンの成分または医薬品や他のワクチンでアレルギーを起こしたことがある方

⑥血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している方(筋肉注射部位の出血のおそれがある)

⑦妊娠中、または授乳中の方

●ワクチン接種後の注意

①接種後30分間は、ショックやアナフィラキシーがおこることがありますので、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。

②接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

③接種後2週間は体調に注意しましょう。

④接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。

⑤接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつもどおりの生活で結構です。

予防接種健康被害救済制度について(定期予防接種)

予防接種では健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。詳細につきましては、健康推進課(Tel 0595-84-3316)までご連絡ください。