

高齢者肺炎球菌予防接種のお知らせ

高齢者肺炎球菌予防接種通知書

本人が接種を希望する場合に限り接種を行います。

該当者氏名			
生年月日	年 月 日 生		
年 齢	満	才	月 性別
実 施 日			
受付時間			
実施場所			
整理番号			

予防接種に関する一般的注意

○ 接種が不適当な方（予防接種を受けることが適当でない方）

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはいけません。

1. 明らかに発熱している方
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 本剤の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方
4. 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方

○ 接種要注意者（接種の判断を行うに際し、注意を要する方）

健康状態及び体質を勘案し、次のいずれかに該当すると認められる場合には、注意して接種しなければいけません。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患有することが明らかな方
2. 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことのある方
3. 過去にけいれんの既往のある方
4. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
5. 本剤の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. 過去に本剤を接種されたことのある方（副反応の程度が強く出ることがあります。）

○ 接種後の注意

1. 接種当日は激しい運動を避けてください。（接種当日の入浴は差し支えありません。ただし注射したところをこすらないでください。）
2. 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します。
3. 接種後は自らの健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、ただちに医師の診療をうけてください。

高齢者肺炎球菌予防接種予診票

※必ず、住民登録をしている住所を記入してください。

診察前の体温

度 分

住所	市・町・村		
フリガナ	男・女	☎ ()	-
接種を受ける人の氏名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	生(満)歳

質問事項	回答欄	医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日の高齢者肺炎球菌予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・血液疾患・その他病気(慢性疾患)にかかつたことがありますか。	はい いいえ	
病名()		
現在、何かの病気にかかりていますか。	はい いいえ	
病名()		
治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください。	はい いいえ	
症状()		
最近1ヶ月以内に、熱が出たり、病気にかかつたことがありますか。	はい いいえ	
病名()		
最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類()		
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。	はい いいえ	
予防接種の種類()		
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	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は〔可能・見合わせる〕。 接種を受ける本人又は家族に対して、以下の説明をしました。 ① 予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応について ② 予防接種健康被害救済制度(定期予防接種)又は独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(行政措置予防接種)に基づく救済について	医師の署名又は記名押印
-------	--	-------------

被接種者の記入欄	高齢者肺炎球菌予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)	令和 年 月 日	
	・医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を (希望します・希望しません)。 ※どちらかを○で囲んでください。 ・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。 ・このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	被接種者署名 _____	
	代筆者氏名 _____	続柄 _____	
	※自署できない方は代筆者が本人(被接種者)の氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。		
	予診のみ	公費負担	自己負担
	円	円	円

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入ください)		
メーカー名	筋肉・皮下 (接種量: 0.5ml)	実施場所		
LotNo		医師名		
〔注〕有効期限がきれていないか要確認		接種(予診)年月日	年 月 日	