

带状疱疹ワクチン(シングリックス筋注用)の接種をご希望の方に

带状疱疹ワクチン(シングリックス筋注用)の接種を実施するにあたり、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。この説明書をお読みになり、「带状疱疹ワクチン(シングリックス筋注用)接種予診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。なお、ご自身でのご記入が難しい場合は代理の方にご記入いただくこともできます。

ワクチンの効果と副反応

シングリックスは、50歳以上または、带状疱疹に罹患するリスクが高いと考えられる18歳以上の方を対象とする带状疱疹を予防するためのワクチンです。シングリックスの十分な予防効果を得るためには、2回の筋肉内注射が必要です。

主な副反応は、注射部位の痛み、赤み、腫れなど、全身症状として筋肉痛、疲労感、頭痛を伴うことがあります。これらの持続日数の中央値*は3日でした。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)が起こる可能性があります。

* 持続日数を小さい順に並べたデータのちょうど中央にある日数

予防接種を受けることができない方

- (1) 明らかに発熱(通常 37.5°C 以上)している方
- (2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- (4) その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- (1) 心臓血管系・腎臓・肝臓・血液などの基礎疾患のある方
- (2) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- (3) このワクチンの成分に対して、アレルギーを起こすおそれのある方
- (4) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- (5) 過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6) 血小板が少ない方や出血しやすい方
- (7) 妊婦または妊娠している可能性のある方、授乳中の方
- (8) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けた方

接種後の注意

- (1) 接種後にアナフィラキシーが起こることがあるので、接種後30分程度は、接種施設で背もたれのある椅子にゆっくり腰掛けて、体調の変化がないことを確認しましょう。
- (2) 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- (3) 接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- (4) 本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が支給される場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

接種予定日	月 日() 時 分頃	医療機関名	
-------	----------------	-------	--

帯状疱疹

65歳以上の方等

ワクチン名・ロット番号

◎ この予防接種は自己負担がかかります。ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。
(接種当日に確認できる書類をご持参ください。)

◎ 接種前後の注意事項をよく読みましょう。

◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

※ 予防接種を見合わせた理由〔

年 月 日

1回目・2回目(組換えワクチンのみ)

0.5ml 皮下・筋肉内

接種部位(左・右)上腕部

帯状疱疹予防接種 予診票

◎ 接種当日に太ワク内のみを、記入してください。(※印は記入しないでください。)

住 所	大阪市 区		
氏 名		男 ・ 女	電話 ()
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師の確認欄
	はい	いいえ	
1. 帯状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 (今回の接種が2回目以降の場合)前回の接種年月日を記載してください。 前回のワクチンの種類は①シングリックス(組換え[不活化]ワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)、③その他 のうち、いずれか1つを○で囲んでください。 (注)過去に帯状疱疹の生ワクチン1回、組換えワクチン2回の接種歴がある方は接種できません。	年 月 日	① / ② / ③	
2. 今日受ける帯状疱疹予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
3. 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
4. 今日、身体に具合の悪いところがありますか。 どんな状態ですか()	はい	いいえ	
5. その他、最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名() 時期() 頃)	はい	いいえ	
6. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
7. 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() その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
8. 免疫不全と診断されたこと、現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など特別な薬の投与を受けている等がありますか。	はい	いいえ	
9. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
10. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
12. これまでに予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類() どのような状態ですか()	はい	いいえ	
13. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ	
14. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に()	はい	いいえ	

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

※ 体温測定 度 分

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
本人に対して、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。

医師署名又は
記名押印

※ ワクチンロット番号	※ 接種量・接種回数・接種部位	※ 実施場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 最終有効年月日	皮下注射・筋肉内注射 0.5ml 1回目・2回目(組換えワクチンのみ) 接種部位(左・右)上腕部	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日

帯状疱疹予防接種希望書 (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。)

医師の診察・説明を受け、帯状疱疹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等について理解したうえで、接種を希望しますか。(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、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)

被接種者署名

代筆者名

続柄

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。