

予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種説明書

対象者

① 接種日に 65 歳の方

(注) 接種期間は、66 歳の誕生日の前日までです。この日を過ぎたら、任意接種となりますのでご注意ください。

② 60 歳～64 歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に身体障害者手帳 1 級相当の障害を有する方

※ 生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する人でも、①又は②に該当しない人は無料で接種を受けることはできません。

(注) 肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス NP）の接種を受けたことがある人は対象外です。

予防接種を受ける前に、この説明書をよく読んで、気にかかることや分からないことがあれば、医師や看護師に質問してください。予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、十分に納得した上で、接種を受けてください。

1 肺炎球菌感染症について

肺炎球菌感染症とは、肺炎球菌という細菌によって引き起こされる病気です。

肺炎球菌は、無症状のまま、鼻やのどに定着していることもあります。免疫力の低下などをきっかけとして、発熱、咳、痰、息苦しさ、胸の痛みなどの肺炎症状のほか、敗血症、髄膜炎など重篤な症状を引き起こすことがあります。

免疫機能が低下した状態では、肺炎球菌による感染症を起こしやすくなりますので注意が必要です。

2 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種について

このワクチンは、93 種類ある肺炎球菌の血清型のうち、23 種類の血清型に効果があります。また、この 23 種類の血清型は成人の重症の肺炎球菌感染症の原因の約 7 割を占めるという報告があります。

しかし、その他の肺炎に対する予防効果はなく、全ての肺炎が予防できるわけではありません。

健康な人であれば、1 回接種を受けると、少なくとも接種後、5 年程度は効果が持続するとされています。なお、脾臓を摘出した人は、このワクチン接種が保険適用になります。

3 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種の副反応

【重大な副反応】

まれに、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難など）、血小板減少、知覚異常、ギラン・バレー症候群（神経障害）、注射部位壊死、注射部位潰瘍、蜂巣炎（化膿）等の症状が出る場合があります。

【その他の副反応】

- ・接種部位：痛み、赤み、腫れ、熱感、しこり、かゆみなど
- ・全身反応：倦怠感、違和感、悪寒、発熱、筋肉痛、頭痛など

4 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

○ これまでに、任意接種を含めて、1 度でもこのワクチンの接種を受けたことがある人は定期接種の対象になりません。そのため、過去に接種歴がある人は、この制度の対象外となり、接種により健康被害が生じた場合、法に基づく補償の対象になりません。

過去 5 年以内に、このワクチンの接種を受けたことのある人は、再接種により注射部位の痛み、赤み、しこりなどの副反応が、前回の接種よりも頻度が高く、程度が強くなる場合があります。

（うらに続く）

5 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けることができない人

- (1) 明らかに発熱がある人
- (2) 重い急性の病気にかかっていることが明らかな人
- (3) その他、医師が不適当な状態と判断した場合

6 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなければならない人

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
- (2) 今までに予防接種で接種後2日以内に、発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった人
- (3) 今までにけいれんを起こしたことがある人
- (4) 今までに免疫不全と診断されている人、または、近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- (5) 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がある人

7 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後約30分は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐ連絡が取れるようにしておいてください。また、接種後4週間は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日はいつも通りの生活で構いませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすることはやめてください。
- (4) 接種後、全身のじんましん、低血圧、注射部位のひどい腫れ、高熱、嘔吐などが現れたら、医師の診察を受け、その場合には、最寄りの保健センターか広島市健康福祉局健康推進課にご連絡ください。

【連絡先】

中保健センター 504-2528	西保健センター 294-6235	安芸保健センター 821-2809
東保健センター 568-7729	安佐南保健センター 831-4942	佐伯保健センター 943-9731
南保健センター 250-4108	安佐北保健センター 819-0586	健康福祉局健康推進課 504-2882

広島市

予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

【対象者】
(1) 接種日に65歳の方
(2) 接種日に60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する方
※生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する人でも、(1)(2)以外の方は有料（全額自己負担）です。住民登録している住所、氏名、性別、生年月日を記入してください。
※黒のボールペンで記入してください（鉛筆、消せるボールペン不可）。

医療機関コード(7桁)

診察前の体温

度

分

住所

広島市区

電話：() -

氏名

生年月日

昭和 年 月 日
(満 歳)

男・女

質問事項	回答欄		医師記入
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	
今日の肺炎球菌ワクチン予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	はい	いいえ	
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	
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。	はい	いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と言わ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。()	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	
1か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() 接種日： 月 日	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
病名()			
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
(接種対象者で(2)に該当する場合は、予防接種該当者確認書又は身体障害者手帳の写しを添付)	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
病名()			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
見合わせる理由（ ）
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	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
Lot No.	筋肉内・皮下 0.5 mL 接種部位 右腕・左腕・その他	医療機関所在地 医療機関名 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日



注意) 裏面にも本人記入事項があります

高齢者肺炎球菌ワクチン接種確認書

(注)接種日当日、医師の診察の後に記入してください。

定期予防接種を受ける場合、本人自らが接種に同意※し、この確認書に署名することが必要です。

※ご家族の同意ではありません。

■接種における同意について

接種に当たっては、ご本人自身が接種に同意していることが必要です。

※ 予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種は、対象者が接種を希望する場合にのみ接種を行うこととされており、本人の意思が確認しにくい場合は、ご家族やかかりつけ医の協力を得て本人の意思確認を行ってください。

それでも意思確認ができない場合は、予防接種法に基づく接種を受けることはできず、任意の接種となり全額自己負担となります。

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

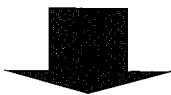
いずれかに○をしてください。→ (希望します ・ 希望しません)

■署名について

本人が署名します。もし、本人が自署できない場合は、本人の同意を得て、家族の方等が被接種者の氏名を代筆して記入してください。

・ 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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者氏名 _____



代筆者が署名した場合、下記の **代筆者記載事項** にも記入が必要です。

※上記枠内を本人が自署している場合は、下記の記入は不要です。

代筆者記載事項

・ 高齢者肺炎球菌ワクチン接種確認書を代筆者が代筆する場合は、本人の同意を得て代筆してください。
また、代筆した場合は、代筆者の氏名、被接種者との関係等を以下に記入してください。

● 代筆者が家族の場合

・ 代 筆 者 氏 名 : _____

・ 被 接 種 者 と の 関 係 (続 柄) : _____

● 代筆者が家族以外の場合

※被接種者の家族以外の方が代筆した場合は、代筆者が署名した理由についても記入が必要です。

・ 代 筆 者 氏 名 : _____

・ 被 接 種 者 と の 関 係 : _____

(施設・医療機関等の職員の場合、施設名・職名を記入してください。)

・ 家族以外の代筆者が署名した理由 : 該当する番号に○をしてください。

1、 接種日当日に家族が来院することができなかったため

2、 身寄りがない等、単身者のため