

予防接種法に基づく帯状疱疹予防接種説明書

対象者	① 令和8年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方
	② 60歳～64歳で、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。

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 帯状疱疹について

帯状疱疹とは、水ぼうそうと同じウイルスによって引き起こされる皮膚の病気で、過去に水ぼうそうにかかった時に体の中に潜伏したウイルスが再活性化することにより、体の左右どちらかの神経に沿って、痛みを伴う赤い発疹と水ぶくれが多数集まって帯状に生じます。

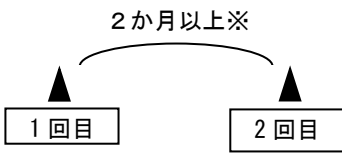
また、帯状疱疹の合併症の一つに、皮膚症状が治った後も痛みが続く「帯状疱疹後神経痛（PHN）」があり、帯状疱疹患者の10%～50%で生じるとされています。

2 帯状疱疹ワクチンについて

帯状疱疹ワクチンは「組換えワクチン^{*1}」と「生ワクチン^{*2}」の2種類あり、それぞれ接種方法が異なります。いずれか同一のワクチンで接種を行います。

なお、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方に生ワクチンを接種することはできません。

ワクチンの効果や費用等について、医師にご相談いただき、接種を検討してください。

法律等で定められた接種方法			有効性・接種料金								
ワクチンの種類	回数	接種間隔									
シングリックス筋注用 (組換えワクチン) 0.5ml ※筋肉内注射	2回	<div style="text-align: center;"> 2か月以上※  2か月以上※の間隔をおいて2回接種 ※医師が医学的知見に基づき必要と認める場合は1か月以上 </div>	有効性 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>接種後年数</th> <th>予防効果</th> </tr> <tr> <td>1年後</td> <td>9割以上</td> </tr> <tr> <td>5年後</td> <td>9割程度</td> </tr> <tr> <td>10年後</td> <td>7割程度</td> </tr> </table> ※PHNへの予防効果は、接種後3年時点で9割以上 <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 接種料金 18,100円/回 </div>	接種後年数	予防効果	1年後	9割以上	5年後	9割程度	10年後	7割程度
接種後年数	予防効果										
1年後	9割以上										
5年後	9割程度										
10年後	7割程度										
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 (生ワクチン) 0.5ml ※皮下注射 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 他の生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種 </div>	1回	<div style="text-align: center;"> ▲ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1回</div> </div> ※1回接種で完了 ※2回接種はできません。 <u>※明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方には接種できません。</u> ※輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後6か月以上置いて接種してください。	有効性 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>接種後年数</th> <th>予防効果</th> </tr> <tr> <td>1年後</td> <td>6割程度</td> </tr> <tr> <td>5年後</td> <td>4割程度</td> </tr> </table> ※PHNへの予防効果は、接種後3年時点で6割程度 <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 接種料金 4,900円/回 </div>	接種後年数	予防効果	1年後	6割程度	5年後	4割程度		
接種後年数	予防効果										
1年後	6割程度										
5年後	4割程度										

(※1) 組換えワクチン：細菌やウイルスを構成する成分の一部から作られているワクチン

(※2) 生ワクチン：細菌やウイルスの病原性を弱めたものから作られているワクチン

3 带状疱疹ワクチンの副反応

(1) シングリックス筋注用（組換えワクチン）

【重大な副反応】

アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、ショックの症状が出ることがあります。

【その他の副反応】

- ・接種部位：痛み、赤み、腫れなど
- ・全身反応：発熱、悪寒、倦怠感、疼痛など

(2) 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」（生ワクチン）

【重大な副反応】

アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎の症状が出ることがあります。

【その他の副反応】

- ・接種部位：痛み、赤み、腫れなど
- ・全身反応：発疹、倦怠感など

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。

5 带状疱疹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) 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな人
- (4) その他、医師が不適切な状態と判断した場合

※明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者、免疫抑制をきたす治療を受けている者については、乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」（生ワクチン）の接種を受けることができません。

6 带状疱疹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いけない人

- (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) 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
- (5) 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
- (6) 血小板減少症や凝固障害を有する者、抗凝固療法を施行している者（組換えワクチンに限る。）

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週間副反応に注意してください。
- (2) 接種当日はいつも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

【対象者】

- (1) 令和8年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方
 - (2) 60歳～64歳で、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	大正・昭和	年	月	日
		(満	歳)		男・女
ワクチン 種類※	シングリックス（組換えワクチン）			ビケン（生ワクチン）	
	1回目	2回目 (1回目の接種日：令和 年 月 日)			1回目

※今回接種するワクチンの種類と回数を○で囲み、シングリックス2回目は1回目の接種年月日を記入。同じ種類のワクチンで接種を完了させる。

質問事項	回答欄		医師記入
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。	はい	いいえ	
今日の帯状疱疹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。(接種時に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	
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。 予防接種の種類()	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。 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。 病名()	はい	いいえ	
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。 (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。 病名()	はい	いいえ	
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	
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
ワクチン名	筋肉内(シングリックス)・皮下(ビケン) 0.5 mL	医療機関 所在地 医療機関名
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・その他	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

带状疱疹予防接種確認書

(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带状疱疹の予防接種は、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 _____

※接種(予診)年月日と同日



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

・ 带状疱疹予防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つたため

2、 身寄りがない等、单身者のため