

23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)の接種について

肺炎球菌の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の肺炎球菌ワクチンに関する情報を必ずお読みいただいた上で、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ご高齢の方などでご自身での記入が難しい方が接種を希望されている場合には、健康状態をよく把握しているご家族の方など代理人がご記入ください。なお、接種される方の接種希望確認ができない場合は接種できませんので予めご了承ください。

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. 2歳未満の方
2. 明らかな発熱を呈している方
3. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
4. 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
5. 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を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がある方
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. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
7. 過去に23価肺炎球菌ワクチンを接種されたことのある方
(過去5年以内に肺炎球菌ワクチンを接種されたことのある方は、本剤の接種により注射した部分が硬くなる、痛む、赤くなるなどの症状が強くなる場合があります。)

他のワクチンとの接種間隔

生ワクチンの接種を受けた方は、通常、27日以上、また他の不活化ワクチンの接種を受けた方は、通常、6日以上間隔を置いて本剤を接種してください。ただし、医師が必要と認めた場合には、同時に接種することができます。

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。

23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)接種予診票

接種対象者: 2歳以上で肺炎球菌による重篤疾患に罹患する危険が高い方

接種を希望される方へ: 太枠内にご記入ください。

なお、ご記入いただいた氏名・住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、予防接種に係る予診の目的にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

住所	〒	予診前の体温	度	分
フリガナ 接種を受ける人の氏名		電話番号	()	-
生年月日	明治・大正・昭和・平成	家族の氏名 未成年者の場合は保護者氏名		
	年		日生	(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか?(予防接種の種類:)	はい	いいえ	
23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)の接種を受けたことがありますか? 受けたことがある場合、それはいつでしたか?(年 月 頃)	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	
今日、体の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	
現在、何か病気にかかっていますか? 病名() その病気で治療(投薬など)を受けていますか? 薬の名前・種類()	はい	いいえ	
心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか? 病名()	はい	いいえ	
最近1ヵ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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、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	
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? 予防接種の名前()	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

以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師署名または記名押印 _____

23 価肺炎球菌ワクチン接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン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。

平成 年 月 日 被接種者署名 _____

(自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
名称: ニューモバックス®NP 製造番号: (カルテ No.)	筋肉内・皮下 (接種量: 0.5mL)	実施場所: 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日