

* 接種希望の方は太ワク内にご記入ください。

藤枝市 带状疱疹ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 任意接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所	藤枝市		電話番号	
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
予防接種を受ける者の氏名				※50歳以上が対象

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状をご記入ください ()	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
これまでに心臓、腎臓、肝臓、血液の病気、免疫不全症などの病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	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	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか	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	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種日 (月 日)	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はありますか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
(女性のみ) ①現在、妊娠又は妊娠している可能性はありますか ②接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか	はい	いいえ	はい
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 (以下の事項を、必ずご確認ください)	
<input type="checkbox"/> 先天性及び後天性免疫不全状態の人は接種できません。 <input type="checkbox"/> 薬剤等による治療を受けており明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください。	
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) と判断します。 本人(もしくは代理人)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(裏面)など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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済制度(裏面)などについて理解した上で、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません) ※かっこ内のどちらかを○で囲んで下さい。 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、本予診票が市に提出されることに同意します。	
年 月 日	被接種者自署
(※被接種者が自署できない場合、家族などの代筆者が被接種者名を署名し、以下に代筆者氏名と被接種者との続柄を記載)	
代筆者氏名	続柄

带状疱疹ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン)を受ける人へ

ワクチンの効果と副反応

50歳以上を対象とする带状疱疹を予防するためのワクチンです。接種後の副反応として注射部位の局所症状(赤み、かゆみ、熱くなる、腫れ、痛み、硬くなる)、発疹、倦怠感などが報告されています。また、非常にまれですが、アナフィラキシー(全身のかゆみ、蕁麻疹、のどのかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しいなど)や、血小板減少性紫斑病(鼻血、歯茎の出血、あおざがができる、出血が止まりにくいなど)、無菌性髄膜炎(発熱、吐き気、頭痛、うなじがこわばり固くなって首を前に曲げにくいなど)がみられることがあります。何か異常が認められた場合には、すぐに医師に相談してください。

予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱(通常37.5℃以上をいいます)がある人
- ② 重篤な急性疾患にかかっている人
- 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起こしたことがある人
- ④ 妊娠していることが明らかな人
- ⑤ 先天性及び後天性免疫不全状態の人(例えば急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる)
- ⑥ 副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤などの治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人
- ⑦ 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人

予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患がある人
- ② 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた人
- ③ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ④ 今までに免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑤ 接種液の成分に対しアレルギーを起こすおそれのある人
- ⑥ 妊娠の可能性のある人

予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① 接種後の30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう
- ② 接種後4週間は副反応の出現に注意しましょう
- ③ 接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は過度な運動や大量の飲酒は避けましょう。入浴は差し支えありません
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けましょう
- ⑤ 接種後2か月間は妊娠しないように注意してください

予防接種による健康被害救済制度について

任意接種を受けて、万が一健康被害が起きた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による救済の対象となる場合があります。補償額は定期接種よりも低いですが、市で加入している保険により、定期接種とほぼ同額の補償を受けることができるようになっています。藤枝市が指定する医療機関でなくても、接種を受ける前までに、藤枝市に接種する医療機関を申請し、市が発行した予防接種実施依頼書を持って接種する場合は同じ扱いとなります。

※予防接種後の健康被害についての相談は、診察した医師または藤枝市感染症対策課へご相談ください。