

白老町

高齢者用帯状疱疹ワクチン予防接種予診票

一般

非課税

※この用紙は、白老町に住所を有する次の対象者以外は使用できません。

①65歳以上で該当年度対象者

②60歳以上65歳未満であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

診察前の体温

度分

住所	白老町		性別	男・女
氏名	フリガナ	電話番号		
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)			

質問事項	回答欄	医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ はい	
前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記入して下さい(2回目以降の場合) (注1)ワクチンの種類は、下記①～③のいずれか一つを○で囲んでください。	① ② ③ 年 月 日	
①シングリックス(組換えワクチン)②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)③その他		
今日の帯状疱疹ワクチン予防接種について、町から配られている説明書を読みましたか。	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()	いいえ はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ はい	
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いわれましたか。	いいえ はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	いいえ はい	
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?	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ はい	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	いいえ はい	
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()	いいえ はい	
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	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	いいえ はい	
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。	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	以上の問診及び診察の結果、今日の帯状疱疹予防接種は (可能・見合わせる) 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	接種方法	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	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘 ワクチン「ビケン」 (生ワクチン) 皮下注射 0.5 ml	実施場所 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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種を受けられる方へ

- ・この予防接種を定期接種として受けられるのは一生で1回です。
- ・過去に1度でも带状疱疹ワクチン予防接種を受けている場合は、2回目以降は任意接種となり、全額自己負担となります。
- ・接種券に同封されたリーフレットと「带状疱疹予防接種についての説明書」を必ず事前に読んでから接種を受けてください。
- ・予診票の回答欄はすべて記入してください。また、医師の診察により接種が可能とされた後、予診票の一番下にある【带状疱疹予防接種希望書】の記入（接種を希望しますに○、日付）と署名をしてください。
- ・体温は接種会場で測ってください。
- ・当日の体調などにより、場合によっては接種できないことがあります。

◆定期接種対象外、接種不可もしくは接種に注意が必要な場合

	いずれも	
	生ワクチン	組換えワクチン
定期接種の対象外	これまでに、带状疱疹ワクチンを接種したことがある方 ①乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種（1回）したことのある方 ②乾燥組換え带状疱疹ワクチンを2回接種したことのある方	
接種不可	明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方、免疫抑制をきたす治療を受けている方 ①接種前に発熱を呈している ②重篤な急性疾患に罹っている ③それぞれの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	
接種に注意が必要 (医師に相談)	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 ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方 ② 予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方 ③ けいれんを起こしたことがある方 ④ 免疫不全と診断されている方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方 ⑤ 带状疱疹（生、組換え）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	血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方（筋肉内に接種をするため）

◆ワクチンの副反応

- ・ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。
- ・頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。

主な副反応の発現割合	生ワクチン	組換えワクチン
70%以上	－	疼痛 ※
30%以上	発赤※	発赤※、筋肉痛、疲労
10%以上	そう痒感※、熱感※、腫脹※、疼痛※、硬結※	頭痛、腫脹※、悪寒、発熱、胃腸症状
1%以上	発疹、倦怠感	そう痒感※、倦怠感、その他の疼痛

(※) ワクチンを接種した部位の症状 各社の添付文書より厚生労働省にて作成したもの

◆予防接種を受けた後の注意

1. 接種後30分間は病院内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連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種後は、副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
4. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。また、激しい運動や大量の飲酒はやめましょう。
5. 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てください。