

(高齢者用)

高齢者肺炎球菌予防接種を受けられる前によくお読み下さい。

== 福岡市 ==

### 一般的注意

※高齢者肺炎球菌予防接種は、接種を受ける法律上の義務はないため、有効性や副反応などについてよく理解された上で、自らの意思で接種を希望される方のみに接種を行います。

※予防接種の安全性の確保と、接種後の副反応被害を回避するため、健康状態や体質などをきちんと医師に伝えましょう。

※過去に高齢者肺炎球菌予防接種をされたことのある人（5年以内のワクチン再接種は、注射部位の痛みや、赤くなる等の症状が強く出ることがありますので、ご注意ください。また接種済証は、確実に保存して下さい。）

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や保健福祉センター（保健所）にお尋ねください。

### 高齢者肺炎球菌予防接種の有効性

高齢者肺炎球菌予防接種は、肺炎球菌を原因とする肺炎の発病防止や特に重症化防止に有効であることが確認されています。

なお、予防接種を受けてから、抵抗力がつくまでに3週間程度かかり、その効果は約5年間持続するとされています。

### 予防接種を受ける前に

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

#### (1) 予防接種を受けることができない人

##### ①明らかに発熱のある人

一般的に、体温が37.5℃以上の場合を指します。

##### ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人

急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その後の病気の変化が分からなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。

「⇒裏面へ続きます」

③今まで高齢者肺炎球菌予防接種によって、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人

※「アナフィラキシー」というのは、通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐(おうと)、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

## (2) 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、じん臓及び呼吸器の機能に障害を有する人

②接種後2日以内に発熱のある人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状のあった人

③過去にけいれんの既往のある人

④ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有する人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人

⑤高齢者肺炎球菌予防接種によって、アナフィラキシーを起こす可能性のある人

⑥妊婦又は妊娠している可能性のある婦人

## そ の 他

### (1) 副反応について

臨床試験では65例中49例(75.4%)96件の副反応が認められ、その主なものは注射部位疼痛47件(72.3%)、注射部位発赤17件(26.2%)、注射部位腫脹15件(23.1%)、頭痛4件(6.2%)、腋窩痛3件(4.6%)、注射部位掻痒感2件(3.1%)であったとの報告があります。

重大な副反応として、頻度不明ですが、アナフィラキシー様反応、血小板減少、知覚異常、ギラン・バレー症候群等の急性神経根障害、蜂巣炎・蜂巣炎様反応が認められています。

### (2) 予防接種による健康被害の救済措置

予防接種を受けた人が、疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した場合において、当該疾病、障害又は死亡が当該予防接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、救済が行われます。

# 高齢者肺炎球菌予防接種予診票

※太枠の中のみご記入ください

診 察 前 の 体 温	度 分
-------------	-----

住 所			
ふりがな氏名			男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌の予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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	
免疫不全と診断さ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。 具合の悪い症状を書いてください。( )	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 ( )	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言われましたか。	いいえ	はい	
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	
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、説明した。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	---

**高齢者肺炎球菌予防接種希望書** (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、予防接種の効果や副反応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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

※

平成 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_ 代筆者指名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
 (※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)

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	m l	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月