

| | |
|-----|--|
| 対象者 | ① 接種日に65歳の方 |
| | (注) 接種期間は、66歳の誕生日の前日までです。この日を過ぎたら、任意接種となりますのでご注意ください。 |
| | ② 60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又は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方でも、①又は②に該当しない方は無料で接種を受けることはできません。 (注) これまでに、定期接種として高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方は対象外です。 ただし、これまでに任意接種として高齢者肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス®NP、プレベナー20®等）の接種を受けたことがある方については、接種時期や接種状況等により医師が改めて接種する必要があると認める場合は、定期接種対象者となります。 |

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 肺炎球菌感染症について

肺炎球菌感染症とは、肺炎球菌という細菌によって引き起こされる病気です。

この菌は、主に気道の分泌物に含まれ、咳やくしゃみなどを通じて飛沫感染します。日本人の約5～10%の高齢者では鼻や喉の奥に菌が常在しているとされます。これらの菌が増殖し、下気道や血流中へ侵入することで、気管支炎、肺炎、敗血症などの重い合併症を起こすことがあります。

2 高齢者肺炎球菌ワクチン（PCV20）の予防接種について

肺炎球菌には、100種類以上の血清型があり、定期接種で使用される沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）は、そのうち20種類の血清型を対象としたワクチンであり、この20種類の血清型は、重症となる肺炎球菌感染症の原因の約5～6割を占めるといわれています。

また、このワクチンは、血清型に依らない重症となる肺炎球菌感染症全体の3～4割程度を予防する効果があるといわれています。

ただし、このワクチンに含まれている血清型以外の肺炎球菌による感染症や、肺炎球菌以外の原因（他の起炎菌等）による感染症を予防することはできません。

3 高齢者肺炎球菌ワクチン（PCV20）予防接種の副反応

【重大な副反応】

まれに、ショック、アナフィラキシー、けいれん（熱性けいれんを含む）、血小板減少性紫斑病の症状が出る場合があります。

【その他の副反応】

- ・接種部位：疼痛・圧痛、紅斑、腫脹など
- ・その他：筋肉痛、疲労、頭痛、関節痛など

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 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けることができない方

- (1) ジフテリアトキソイドによってアナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな方
- (2) 明らかに発熱がある方
- (3) 重い急性の病気にかかっていることが明らかな方
- (4) その他、医師が不適當な状態と判断した場合

6 高齢者肺炎球菌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方

- (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方
- (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方
- (3) 今までにけいれんを起こしたことがある方
- (4) 今までに免疫不全と診断されている方、または、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (5) このワクチンの成分やジフテリアトキソイドに対してアレルギーを起こすおそれがある方
- (6) 血小板減少症のある方、凝固障害のある方、または抗凝固療法を受けている方

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週間は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日はいつも通り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、嘔吐などが現れたら、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 |

広島市 予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

【対象者】

- (1) 接種日に65歳の方
- (2) 接種日に60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又は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)以外の人是有料（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 | 昭和 年 月 日 (満 歳) | 男・女 |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入 |
|---|-----|-----|------|
| 肺炎球菌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 | |
| 今日の肺炎球菌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。(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 | |
| 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。 | はい | いいえ | |
| 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。 | はい | いいえ | |
| 病名() | | | |
| 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 | |
| (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。 | はい | いいえ | |
| 病名() | | | |
| 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 | 筋肉内注射 0.5 mL | 医療機関 所在地 |
| Lot No. | 接種部位 右腕・左腕・その他 | 医療機関名 医師名 |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | | 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

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種確認書

(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高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種は、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

・ 高齢者肺炎球菌ワクチン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、単身者のため