肺炎球菌ワクチン予診票 （任意接種）

勾当台夕方内科クリニック
太枠内をご記入ください

フリガナ		診察前の体温	度　　分
受ける人の氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・西暦　　年　　月　　日生 （満　　歳）		
住所		電話番号	

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 裏面の「肺炎球菌ワクチンを受ける方へ」を読みましたか。	はい・いいえ	
2 今回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	
3 これまでに肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか。 ワクチン（ ニューモバックス ・ プレベナー ・ その他 ・ 不明 ） 接種日（　　年　　月　　日）	いいえ・はい	
4 現在、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（　　）	いいえ・はい	
5 現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気を診てもらっている医師に、今回の接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ・はい いいえ・はい はい・いいえ	
6 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（　　）	いいえ・はい	
7 心臓・腎臓・肝臓・血液の病気などの慢性の病気がありますか。 病名（　　）	いいえ・はい	
8 免疫不全と診断されたことがありますか。 免疫を抑える薬（ステロイド・免疫抑制剤・抗がん剤など）を使っていますか。	いいえ・はい いいえ・はい	
9 血小板が少ない、血が止まりにくいなどの病気がありますか。 血をサラサラにする薬（抗凝固薬など）を飲んでいますか。	いいえ・はい いいえ・はい	
10 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	
11 薬や食品で、発疹や体の具合が悪くなったりしたことがありますか。 薬・食品名（　　）	いいえ・はい	
12 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。 予防接種の種類（ジフテリアを含むワクチンなど）・症状（　　）	いいえ・はい	
13 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　） 接種日（　　月　　日）	いいえ・はい	
14 （女性の方）妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。	いいえ・はい	
15 今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ・はい	

本人

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重い副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度などについて理解した上で、
接種することに（ 同意します ・ 同意しません ）。※どちらかを○で囲んでください

接種を受ける人の自署　　記入日　　年　　月　　日

※自署できない場合は代筆者が署名し、続柄を記入してください。

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。
接種を受ける人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明しました。

医師署名

使用ワクチン	接種方法・接種量・接種部位	接種日・実施場所
プレベナー20（ファイザー） Lot No. □ 有効期限内であることを確認	筋肉内接種・0.5mL 右三角筋 ・ 左三角筋 □ 接種後15分の院内観察	接種日　令和　　年　　月　　日 勾当台夕方内科クリニック 医師名　田村 慧人

肺炎球菌ワクチンを受ける方へ

ワクチンの効果

肺炎球菌は、肺炎の原因として多い細菌の一つで、高齢の方や持病のある方では重い肺炎や、血液・髄膜への感染（侵襲性肺炎球菌感染症）を起こすことがあります。プレベナー20は、肺炎球菌のうち**20種類の型**に対応したワクチンで、これらによる**感染症や重症化を防ぐ効果**が期待できます。接種は**1回**です。

過去にニューモバックス（23価）などの肺炎球菌ワクチンを受けたことがある方は、前回の接種から1年以上あけて接種します。

接種を受けられない方

- 明らかな発熱がある方
- 重い急性の病気にかかっている方
- 過去にこのワクチンの成分、またはジフテリアトキソイド（ジフテリアを含むワクチンの成分）で重いアレルギー反応を起こしたことがある方
- その他、医師が接種に適さないと判断した方

接種前に医師にご相談いただく方

- 心臓・腎臓・肝臓・血液の病気などの持病がある方
- 血小板減少症や血液が固まりにくい病気のある方、抗凝固薬を飲んでいる方
- 免疫不全と診断されたことがある方、免疫を抑える治療を受けている方（十分な効果が得られないことがあります）
- 過去に予防接種後2日以内に発熱や全身の発疹が出た方、ワクチンの成分にアレルギーがあるおそれのある方
- 過去にけいれんを起こしたことがある方
- 妊娠中・授乳中の方、妊娠している可能性のある方

主な副反応

接種した部分の**痛み**が多くの方にみられ、**腫れ・赤み**が出ることもあります。また、**筋肉痛・だるさ・頭痛・関節痛**などがみられることがあります。多くは数日以内に治まります。

まれに、ショックやアナフィラキシー（じんましん・呼吸困難など）といった**重い副反応**が起こることがあります。

接種後の注意

- 重い副反応は接種後比較的すぐに起こることが多いため、**接種後15分間は院内で安静に**お過ごしください。お帰り後も30分程度は、すぐに当院へ連絡できるようにしてください。
- 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。

健康被害が生じた場合

任意接種のため、万が一、接種によって入院治療が必要な病気や重い障害などの健康被害が生じた場合は、医薬品医療機器総合機構（PMDA）の**医薬品副作用被害救済制度**の対象となることがあります。

当院のワクチン接種のご案内
https://koutoudai-yugata-naika.clinic/pneumococcal-vaccine

医薬品副作用被害救済制度（PMDA）
https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0001.html

出典：プレベナー20水性懸濁注 電子添文

勾当台夕方内科クリニック