帯状疱疹ワクチン予診票 （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	
ご希望のワクチン	□ シングリックス（組換えワクチン・2回接種） 今回は（ 1回目 ・ 2回目 ） □ 生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」・1回接種）		

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 裏面の説明を読み、ワクチン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	
2 これまでに帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 （シングリックス ・ 生ワクチン ・ 不明） 接種日（　　年　　月　　日）	いいえ・はい	
3 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	
4 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	
5 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	
6 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	
7 免疫不全と診断されたことがありますか。がんの治療中ですか。	いいえ・はい	
8 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。 薬の名前（　　）	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・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 6か月以内に輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ・はい	
15 （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	
16 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
□ シングリックス（1回目 ・ 2回目） □ 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 Lot No. □ 有効期限内であることを確認	シングリックス：筋注・0.5mL 生ワクチン：皮下注・0.5mL 右上腕 ・ 左上腕 □ 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

帯状疱疹ワクチンを受ける方へ

ワクチンの効果

帯状疱疹は、子どもの頃にかかった水ぼうそうのウイルスが体内に残り、加齢や疲れなどで免疫が弱まったときに再び活動して起こる病気です。50歳以上で増え、皮膚が治った後も痛みが続く**帯状疱疹後神経痛**が残ることがあります。ワクチンには、**発症や帯状疱疹後神経痛を防ぐ効果**が期待できます。

- **シングリックス（組換えワクチン）**：2か月の間隔をあけて2回、筋肉内に接種します。予防効果が高く、長く続くとされています。免疫が低下している方も接種できます。
- **生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）**：1回、皮下に接種します。シングリックスより予防効果は低く、続く期間も短いとされています。

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で重いアレルギー反応を起こしたことがある方
- **生ワクチンのみ**：病気や治療（ステロイド・免疫抑制剤・抗がん剤など）によって免疫が低下している方、妊娠している方
- 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、血が止まりにくい病気のある方、抗凝固薬を飲んでいる方
- 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

主な副反応

シングリックス：接種した部分の**痛み・赤み・腫れ**が多くの方にみられます。また、**筋肉痛・だるさ・頭痛・寒気・発熱**などがみられることがあります。多くは3日程度で治まります。

生ワクチン：接種した部分の**赤み・かゆみ・腫れ・熱っぽさ**などがみられることがあります。

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。
- シングリックスは**2回の接種で十分な効果**が得られます。1回目の2か月後（遅くとも6か月後まで）に2回目を受けてください。

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/zoster-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：シングリックス筋注用・乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 電子添文

勾当台夕方内科クリニック