

21価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)を接種される方へ

21価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)の接種を実施するにあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の21価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)に関する情報を必ずお読みください。また、別紙の予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。ご自身での記入が難しい場合は、代理の方がご記入ください。なお、接種を受ける方の接種希望確認ができない場合は接種できませんのでご了承ください。

●ワクチンの効果と副反応

21価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)は高齢者又は肺炎球菌による疾患に罹患するリスクが高いと考えられる成人に接種するワクチンです。このワクチンに含まれる21種類の肺炎球菌血清型抗原の接種により、22種類の肺炎球菌に対する抗体ができ、これらの種類の肺炎球菌による感染症の予防が期待できます。

臨床試験でみられた主な副反応は、注射部位の局所反応(痛み、赤み、腫れ)、頭痛、筋肉痛、疲労、発熱でした。非常にまれですがショック、アナフィラキシーを含む重いアレルギー反応があらわれることがあります。

何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。

●予防接種を受けることができない方

1. このワクチンの成分又はジフテリアトキソイドに対する重度のアレルギー反応(アナフィラキシー等)を呈したことがあることが明らかな方
2. 明らかな発熱(通常37.5℃以上)を呈している方
3. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
4. 上記に掲げる方のほか、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

●予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な方

1. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患のある方
3. 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
4. 過去にけいれんの既往のある方
5. このワクチンの成分又はジフテリアトキソイドに対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. 血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している方
7. 妊婦又は妊娠している可能性のある方、又は授乳中の方

●他のワクチンとの同時接種

医師が必要と認めた場合には、他の異なる種類のワクチンと同時に接種することができます。

●ワクチン接種後の注意

1. 接種後30分間はショックやアナフィラキシーがおこることがありますので、医療機関にいるなどして、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種当日は激しい運動を避けてください。また、接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差支えありません。ただし接種した部位をこすらないでください。
3. 接種後は自らの健康管理に注意し、高熱やけいれんなど体調の変化や、その他局所の異常反応（接種部位の腫れが目立つなど）に気づいた場合は、ただちに医師の診療をうけてください。

接種 予定 日	月	日 ()	医療 機関 名	
	当日は受付に			
	時	分頃お越し下さい。		

[参考]

肺炎球菌ワクチンの接種により健康被害が発生した場合には、「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。

詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

[医薬品副作用被害救済制度]

医薬品を適正使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用被害救済制度相談窓口

電話:0120-149-931 (フリーダイヤル)

URL:https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

21価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®) 予防接種 予診票

接種を希望される方へ：太枠内 の箇所にもれなくご記入ください。

		診察前の体温		度 分	
住 所	〒 -		電話番号	() -	
(フリガナ) 予防接種を 受ける人の氏名	()	男・ 女	代理人(家族など) の氏名		
生 年 月 日	年 月 日 生		(満 歳)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、説明文(『21価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか？	は い	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ (予防接種の種類： <input type="text"/>)	は い	いいえ	
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか？ ○ワクチンの名前・時期(ワクチン名： <input type="text"/> , 年 月頃)	は い	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？ ○具体的な症状を書いてください(<input type="text"/>)	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか？ ○病名 (<input type="text"/>)	は い	いいえ	
その病気で治療(投薬など)を受けていますか？ ○薬の名前・種類 (<input type="text"/>)	は い	いいえ	
心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか？ ○病名 (<input type="text"/>)	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ ○病名 (<input type="text"/>)	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、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	
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？ ○予防接種の名前 (<input type="text"/>)	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
以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせたほうがよい)と判断します。 本人(またはその家族などの代理人)に対し、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師署名または記名押印 (<input type="text"/>)

本人(またはその家族などの代理人) 記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解しました。 以上の内容に同意し、接種を希望しますか。(はい ・ いいえ) 本人(またはその家族などの代理人)の署名 [<input type="text"/> (代筆者の場合：続柄 <input type="text"/>)]

使用ワクチン名	接種経路	実施場所・医師名・接種年月日
名 称：キャップボックス®筋注シリンジ メーカー名：MSD株式会社 製造番号：	筋肉内注射 (接種量：0.5mL)	医療機関名： 医 師 名： 接種年月日： 年 月 日