

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ

※この予防接種は、原則有料です。(自己負担 4,000円)

様

該当者氏名			
生年月日			
年 令	歳	ヵ月	性別
実施場所			
整理番号		回数	

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種通知書

対象者：①接種日に 65 歳の方（浦添市に住民登録がある方）

※自己負担額 4,000 円で定期接種できるのは、生涯 1 回です

② 60 歳以上 65 歳未満の方で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方（おおむね、身体障害者手帳等級 1 級に相当する方）

※いずれの対象者も、過去に高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けていない方

予防接種に関する一般的注意

◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は体調の良い時に受けるものです。健康状態には充分気をつけて、何か心配のある時は、かかりつけの医師にご相談ください。
2. 予診票は接種する医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける方が責任をもって記入してください。
3. 受ける予防接種についての必要性や副反応についてよく理解しておきましょう。

◎予防接種を受けた後のワクチン接種後の注意

1. 接種後 30 分間は、急な副反応が起こることがありますので、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
3. 接種後 1 週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや気分が悪くなったときなどは医師にご相談ください。
4. このワクチンの接種後、違う種類のワクチンを接種する場合には、6 日間以上の間隔をあける必要があります。
5. 接種部位は清潔に保ち、こすったりすることはやめましょう。入浴は問題ありません。
6. 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。

◎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。（測定した体温が 37 度 5 分以上ある人）
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人。
3. 肺炎球菌ワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシー（強いアレルギー）を起こしたことのある人。
4. その他、医師が不適当な状態と判断した場合。

※過去に高齢者肺炎球菌ワクチンを接種している方は、この予診票を使用できません。
詳しくは、下記までお問い合わせください。

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種 予診票

住 所	浦添市		診察前 の体温	度	分
氏 名	フリガナ	(男 ・ 女)	電話番号		
生年月日	(満 歳)				

<予診票は接種する医師にとって大切な情報ですので、責任をもって記入してください。>

	質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1	高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。 受けたことがある場合、それはいつでしたか。(年 月頃) 接種履歴があやふやな方は、家族やかかりつけ医などに確認しましたか。 (確認先:)	はい	いいえ	
2	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
3	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	
4	現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 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 ()	はい	いいえ	
5	免疫不全と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
6	今日、体に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。()	はい	いいえ	
7	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はありますか。	はい	いいえ	
8	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	
9	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() また、1ヵ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	
10	心臓、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 ()	はい	いいえ	
11	10で「はい」と答えた方へ 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。	はい	いいえ	
12	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)と判断します。
本人に対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度に
ついて、説明をした。

医師の署名又は記名押印 _____

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入下さい。)
	筋肉・皮下: 0.5ml 接種部位: 上腕 (右 ・ 左)	実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日

本人記入欄

高齢者肺炎球菌予防接種希望者 (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おります。

このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

また、生活保護受給者又は中国残留邦人等自立支援給付受給者においては、**接種月と同じ月に発行された受給証明書、保護決定(変更)通知書等を持参した場合**、医療機関窓口での自己負担分の支払いを無くし、代わりに市が医療機関に接種費用全額を支払うことに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

代筆者(※)

続柄

(※) 自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載すること。