

带状疱疹の予防接種(乾燥弱毒生水痘ワクチン)を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

带状疱疹を予防する効果が期待できます。带状疱疹の予防接種は、50歳以上の方が接種対象者となります。

この場合、接種後の副反応として注射部位の局所症状(赤み、かゆみ、熱くなる、腫れ、痛み、硬くなる)、発疹、倦怠感などが報告されています。また非常にまれですが、アナフィラキシー(全身のかゆみ、じんましん、喉のかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しいなど)や、血小板減少性紫斑病(鼻血、歯ぐきの出血、あおあざができる、出血が止まりにくいなど)、無菌性髄膜炎(発熱、吐き気、頭痛、うなじがこわばり固くなって首を前に曲げにくいなど)がみられることがあります。なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

〈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(37.5℃以上)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去に水痘・带状疱疹を予防するワクチンの成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ 妊娠していることが明らかな人
- ⑤ 医師より免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
- ⑥ その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人〉

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患がある人
- ② 予防接種を受けたときに、接種後2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ③ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ④ 過去に免疫不全と診断されたことがある人、及び近親者に先天性免疫不全の人がいる人
- ⑤ 水痘・带状疱疹を予防するワクチンの成分でアレルギーを起こす可能性のある人
- ⑥ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後4週間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう。
- ⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ⑥ 接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃おこしてください	

乾燥弱毒生水痘ワクチン(帯状疱疹予防) 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住 所		電 話 番 号	()	-
フリガナ		(代理人の氏名)		
予 防 接 種 を 受 け る 人 の 氏 名	(男 ・ 女)			
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)	※50歳以上が接種対象者です		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について、説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	ある	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名 ()	はい	いいえ	
(“はい”の場合) 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	
4. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどに かかった方がいますか 病名 ()	はい	いいえ	
6. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種日 (/)	はい	いいえ	
7. 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 予防接種名 () 具体的な症状 ()	ある	ない	
8. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか 病名 ()	ある	ない	
(“ある”の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を 受けて良いといわれましたか	はい	いいえ	
9. 今までに、ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	ある	ない	
10. 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 症状 ()	ある	ない	
11. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
12. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
* 13. 最近6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか 投与日 (/) 理由 ()	はい	いいえ	
14. 【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
2) 接種後2カ月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄

以下の事項を、必ずご確認ください。

先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できません。
例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる。

薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください。
副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤)：プレドニゾロン等
免疫抑制剤：シクロスポリン(ネオオラル、サンディミュン)、タクロリムス(プログラフ)、アザチオプリン(イムラン)等
その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 本人(もしくは代理人)に対して、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、説明をしました。	医師の署名又は記名押印
--	-------------

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)	本人の署名(もしくは代理人の署名)
---	-------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 Lot No.	(皮下接種) 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時 年 月 日 時 分

*ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。

この注射を3~6カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が出ないことがあります。

注) 記載いただきました個人情報(ワクチン接種に関する予診)にのみ使用いたします。