



# 帯状疱疹ワクチン (シングリックス筋注用) の接種をご希望の方に

帯状疱疹ワクチン (シングリックス筋注用) の接種を実施するにあたり、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。この説明書をお読みになり、「帯状疱疹ワクチン (シングリックス筋注用) 接種予診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。

## ワクチンの効果と副反応

シングリックスは、50歳以上を対象とする帯状疱疹を予防するためのワクチンです。シングリックスの十分な予防効果を得るためには、**2ヶ月の間隔を空けて2回の筋肉内注射が必要**です (2回目は遅くとも1回目の接種から6ヶ月後までに接種します)。

主な副反応は、注射部位の痛み、赤み、腫れなど、全身症状として筋肉痛、疲労感、頭痛を伴うことがありますが、これらの多くは、通常3日間ほどで消失します。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシー (通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと) が起こる可能性があります。

## 予防接種を受けることができない方

- (1) 明らかに発熱 (通常37.5℃以上) している方
- (2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方  
※他の医薬品でアナフィラキシーを起こした方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください
- (4) 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方
- (5) 接種1ヶ月前から接種2ヶ月後まで確実な避妊が必要です

## 予防接種を受ける前に主治医への相談が必要な方 (事前に主治医に確認してください)

- (1) 心臓血管系・腎臓・肝臓・血液などの基礎疾患のある方
- (2) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
- (3) このワクチンの成分に対して、アレルギーを起こすおそれのある方
- (4) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- (5) 過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6) 血小板が少ない方や出血しやすい方 (※筋肉注射部位の出血のおそれがある)
- (7) 妊婦または妊娠している可能性のある方、授乳中の方
- (8) 最近1か月以内に予防接種を受けた方
- (9) 高齢者

## 予診の結果、安全性に懸念があり、ワクチンを接種できないことがあります

### 接種後の注意

- ① 接種後に失神が起こることがあるので、接種後30分程度は、接種施設で背もたれのある椅子にゆっくり腰掛けて、体調の変化がないことを確認してから帰宅しましょう。
- ② 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。接種当日の入浴は差し支えありません。
- ③ 接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- ④ 本剤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」により治療費等が支給さ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。

接種 予定日	1回目	20	年		月		日		時		分頃	医療 機関名	公立学校共済組合 近畿中央病院
	2回目	20	年		月		日		時		分頃		



# 帯状疱疹ワクチン接種予診票

(シングリックス)

2 枚

不活化

筋肉注射

任意/自費

\*接種希望の方は、太ワク内にご記入ください

予診前の体温	℃ (病院で接種前に検温)	カルテ No.	
回数	<input type="checkbox"/> 1回目 (今回が初めて) <input type="checkbox"/> 2回目 (前回接種日: 20 年 月 日)		
住所	〒 - 電話番号 ( ) -		
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	明大昭平 年 月 日
受ける人の氏名	<input type="checkbox"/> 女		(満 歳)

質問事項	回答	医師
今日受ける予防接種について説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか	いいえ はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい ↓病名・具体的な症状 ( ) いいえ	
これまでに特別な病気 (心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他) にかかり、医師の診察を受けていますか	はい ↓病名 ( ) いいえ	
※その病気の主治医には、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	
けいれんを起こしたことがありますか	はい ( ) 歳頃 はい ・ いいえ	
※その時、熱は出ましたか	はい ・ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい ↓薬の名前・食品名 ( ) いいえ	
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	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい いいえ	
最近1か月以内にご自身、家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい いいえ	
最近6か月以内に輸血・ガンマグロブリン注射を受けましたか	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	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	はい ↓予防接種名・症状 ( ) いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	はい いいえ	
※現在、授乳をしていますか	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 ↓質問 ( ) いいえ	

医師記入欄: 以上の予診および診察の結果、今日の予防接種は、**予診した医師署名**  
 ( **実施できる・見合わせた方がよい** ) と判断します。  
 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副作用被害救済制度に基づく救済等について説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
 ( **はい・いいえ** ) **本人または代理人の署名**  
 代理人の場合: 関係 ( )

使用ワクチン	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (チャイニーズハムスター卵巣細胞由来) シングリックス筋注用 グラクソ・スミスクライン株式会社 製造番号: _____	筋肉内注射 0.5mL <b>( 左 ・ 右 )</b>	実施場所: 兵庫県伊丹市車塚3-1 公立学校共済組合近畿中央病院 医師名: _____ 接種日: 20 年 月 日

ワクチン外来 → 会計窓口2 (自費079073) → 外来係長