

带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度	分
接種回数	1回目（今回が初めて） ・ 2回目（前回接種日： 年 月 日）				
住所			TEL（ ）	—	
フリガナ		男・女	生年月日	西暦	年 月 日生 (満 歳)
受ける人の氏名	※50歳以上が接種対象者です				

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の説明文を読み、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 ()	いいえ	病名、具体的な症状
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい ()	いいえ	病名
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、医師の診断を受けていますか 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	いいえ はい	病名
けいれんを起こしたことがありますか その時、熱は出ましたか	はい () 歳頃 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 ()	いいえ	薬の名前・食品名
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	予防接種名
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か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、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	病名
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい () 接種日 (年 月 日)	いいえ	予防接種名
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 ()	いいえ	予防接種名
(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 現在、授乳をしていますか	はい はい	いいえ 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	具体的に

医師記入欄：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） 医師の署名又は記名捺印と判断します。

本人（もしくは代理人）に対して予防接種の効果・副反応及び「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、副反応及び「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。

（接種を希望します ・ 接種を希望しません）

本人または代理人の署名

代理人の場合：関係

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
乾燥組換え带状疱疹ワクチン (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 左 ・ 右	実施場所： 太陽クリニック 医師名： 舘岡昇 接種年月日： 令和 年 月 日

お受けになる前に、必ずお読みください。

带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）の接種を受けられる方へ

带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）の接種を実施するにあたり、接種を受けられ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、「带状疱疹ワクチン（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。なお、ご自身でのご記入が難しい場合は代理の方にご記入いただくこともできます。

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带状疱疹を予防するワクチンです。シングリックスの十分な予防効果を得るためには、2回の筋肉内注射が必要です。

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（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（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）を起こしたことがある方
- 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

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- 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、全身性発疹など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の方がいる方
- ⑥ 血小板が少ない方や出血しやすい方
- ⑦ 妊婦または妊娠している可能性のある方、授乳中の方

予防接種後の注意

- ① 接種後に失神が起こることがあるので、接種後30分程度は院内にいるなどして様子を観察し、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。