

小児用肺炎球菌予防接種予診票

()回目

住 所	嘉手納町	診察前の体温	度	
フリガナ		電話番号		
受ける人の氏名		男	生年 年月日	平成 令和 年 月 日 生
保護者の氏名		女		(満 歳 力月)
接 種 歴	1回目(年 月 日)	2回目(年 月 日)	3回目(年 月 日)	

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかつた なかつた ない	
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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか(病名)	はい	いいえ	
1カ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	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、 医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
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いわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
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	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はありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	0.5ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	接種部位(右・左)	接種年月日 令和 年 月 日

小児用肺炎球菌予防接種についての説明書

1 小児の肺炎球菌感染症について

肺炎球菌 (Streptococcus pneumoniae)

肺炎球菌感染症とは、肺炎球菌という細菌によって引き起こされる病気です。この菌は、集団生活が始まるとほとんどの子どもが持っているといわれるもので、主に気道の分泌物により感染を起こします。これらの菌が何らかのきっかけで進展することで、肺炎や中耳炎、髄膜炎などの重い合併症を起こすことがあります。特に、髄膜炎をきたした場合には2%の子どもが亡くなり、10%に難聴、精神の発達遅滞、四肢の麻痺、てんかんなどの後遺症を残すと言われています。

また、小さい子供ほど発症しやすく、特に0歳児でのリスクが高いとされています。

2 沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン・沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（不活化ワクチン）

これまで、小児の肺炎球菌感染症に対するワクチンとして「プレベナー（沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン）」と「バクニューバンス（沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン）」が使用しておりましたが、令和6年10月から小児の肺炎球菌感染症に対するワクチンとして「プレバナー20（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン）」が使用されます。肺炎球菌には、90以上の種類があり、それぞれ特徴が異なります。「プレバナー（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン）」には、特に重篤な肺炎球菌感染症を引き起こすことの多い、20種類の肺炎球菌の成分が含まれており、主にこれらに対して予防効果を発揮します。

なお、これまでに使用されていた「プレベナー（沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン）」を接種している方は、「プレバナー20（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン）」へ切り替えて接種してください。「バクニューバンス」を接種している方は、原則「バクニューバンス」を接種してください。

一方で、ワクチンに含まれない種類の肺炎球菌の多くは予防できないため、ワクチンを接種しても肺炎球菌感染症を発症することがあります。（一般に、本来、細菌が存在しない場所（血液や髄液等）から細菌が検出される感染症を「侵襲性感染症」と呼びます。）

副反応は、接種局所の紅斑、腫脹（はれ）・硬結（しこり）、疼痛・痒痛、全身反応として発熱、易刺激性、稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー、痙攣、血小板減少性紫斑病等が報告されています。

接種対象者は、生後2月以上生後60月に至るまでの乳幼児で、初回接種の開始時の月齢ごとに以下の方法により行うこととします。

接種開始月齢	接種回数と間隔
【標準的な受け方】 生後2カ月～ 生後6カ月	初回接種：27日以上の間隔をおいて3回 追加接種：生後12カ月～生後24カ月を標準年齢として、初回接種（3回）終了後、60日以上の間隔をおいて1回 ※初回接種の2回目・3回目は2歳未満までに行うこととし、それを超えた場合は行わない。 （追加接種は実施可能）
生後7カ月～ 生後11カ月	初回接種：27日以上の間隔をおいて2回 追加接種：生後12カ月以降に、初回接種（2回）終了後、60日以上の間隔をおいて1回 ※初回接種の2回目は2歳未満までに行うこととし、それを超えた場合は、行わない。（追加接種は実施可能）
生後12カ月	60日以上の間隔をおいて2回
※生後24カ月～ 生後60カ月	1回※生後60カ月を超えたら定期の対象外となる。

3 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

予防接種法に基づく定期の予防接種として定められた期間を外れて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。その接種で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一（医療費・医療手当・葬祭料については同程度）となっています。

注射した部分に異常な反応や体調変化等があった場合は、速やかに医師（接種した医療機関）のもとで診察を受けてください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます）がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液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場合
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合