

关于 23 价肺炎球菌疫苗（Pneumovax®NP）的接种事宜

实施 23 价肺炎球菌（Pneumovax®NP）预防接种时，需要充分了解接种者的健康状态。因此请务必仔细阅读以下关于 23 价肺炎球菌疫苗（Pneumovax®NP）的信息。请您尽可能详细地填写附件的预诊表。如自己填写确有困难，则请代理人代为填写。此外，如无法确认接种者的接种意愿时，将无法进行接种，敬请谅解。

● 疫苗的效果和副作用

23 价肺炎球菌疫苗（Pneumovax®NP）是针对 2 岁以上可能因肺炎球菌而罹患严重疾病的高风险人士应接种的疫苗。接种该疫苗后，可产生针对 23 种肺炎球菌的抗体，有望预防因该等类型的肺炎球菌所引起的感染症。

在临床试验中观察到的主要副作用为注射部位的局部反应（疼痛、发红、肿胀、瘙痒），头痛和腋窝痛。在极少数的情况下会出现以下的副作用。1) 类过敏反应，2) 血小板减少，3) 知觉异常，格林-巴利综合征等急性神经根神经炎，4) 蜂窝炎，类似蜂窝炎的反应，注射部位坏死，注射部位溃疡。

如果发现任何异常，请立即通知医生。

● 不适合接种者

1. 不到 2 岁的婴幼儿
2. 呈现明显的发烧症状（通常高于 37.5°C）者
3. 被发现罹患严重急性疾病者
4. 被发现曾因本疫苗的成分（详情请咨询医生）而导致出现过敏反应者
5. 除上述项目外，医生认为不适合接受预防接种者

● 接受预防接种时，需要咨询医生的人士

1. 被发现患有心血管类疾病、肾脏疾病、肝脏疾病、血液疾病及发育障碍等基础疾病者
2. 进行预防接种后 2 天内出现发热症状者，以及出现全身性皮疹等疑似过敏症状者
3. 过去曾有痉挛既往史者
4. 过去曾被诊断为免疫缺陷者，以及近亲中有先天性免疫缺陷症者
5. 可能会对本疫苗成分产生过敏反应者
6. 孕妇或可能怀孕的女性
7. 过去曾接种过 23 价肺炎球菌疫苗者
(过去 5 年内曾接种过肺炎球菌疫苗者，接种本疫苗可能会导致出现强烈的注射部分变硬、疼痛、发红等症状。)

● 与其他疫苗的同时接种

医生认为需要时，可以与其他疫苗同时接种。

● 接种后的注意事项

1. 接种后 30 分钟可能会出现过敏反应等紧急的副作用，因此请通过留在医疗机构等方式观察情况，以便可以立即就医。
2. 接种当天请避免激烈运动。（接种当天可沐浴。但请不要搓揉注射部位。）
3. 接种后可能出现发烧、接种部分肿胀、发红的情况，但一般上述症状较轻，几天内便会消失。
4. 接种后请注意进行自我健康管理，如发现高烧、身体状况变化、其他局部出现异常反应时，请立即就医。

<p>日 预定接种日</p>	<p>月 日() 当天请于 点 分左右来柜台挂号。</p>	<p>医疗机构名</p>	
--------------------	---	--------------	--

[参考]

因接种肺炎球菌疫苗而导致健康受损时，视情况可依据“医药品副作用被害救济制度”领取治疗费等。详情请浏览独立行政法人医药品医疗器械综合机构的主页等。

[医药品副作用被害救济制度]

该制度旨在救济虽合理使用医药品却因副作用而患上需要住院治疗的疾病或导致障碍等健康受损的人士，对其进行医疗费、医疗补助、障碍年金等给付。此类情况需要提供医生的诊断书、用药证明等材料。申请救济给付请先咨询医药品医疗器械综合机构。

联系方式如下。

独立行政法人 医药品医疗器械综合机构 医药品副作用受害救济制度咨询窗口
 电话：0120-149-931（免费电话）
 URL: https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

23 价肺炎球菌疫苗 (Pneumovax®NP) 预防接种预诊表

希望接种的人士：请填写粗线包围的栏位或打○。

		预诊前的体温	度	分
地址	(〒)	电话号码	()	-
注音假名 接受接种人姓名 (男・女)	代理人 (家属等人) 的姓名		
出生日期	年	月	日生	(周岁)

询问事项	回答栏		医生填写栏
关于今天的预防接种，您是否已阅读并理解了说明内容 (『关于 23 价肺炎球菌疫苗 (Pneumovax®NP) 的接种事宜』) ?	是	否	
您最近 1 个月内是否曾接受过预防接种? (预防接种的类型:)	是	否	
您是否曾接种过 23 价肺炎球菌疫苗 (Pneumovax®NP) 或者其他的肺炎球菌疫苗? ○ 疫苗名称和接种日期 (疫苗名称: , 年 月左右)	是	否	
您今天是否感觉身体有不舒服的地方? ○ 请填写具体的症状 ()	是	否	
您现在是否患有什么疾病? ○ 疾病名称 () 您是否正在接受该疾病的治疗 (服药等)? ○ 药物名称和种类 ()	是	否	
您是否患有心脏、血管、血液、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷等疾病，并接受过医生的诊察? ○ 疾病名称 ()	是	否	
您最近 1 个月内是否发过烧、患过病? ○ 疾病名称 ()	是	否	
您是否曾有过因药物或食品导致皮肤出现发疹或荨麻疹、或者身体感觉不适的情况?	是	否	
您是否出现过抽筋 (痉挛) 的情况?	是	否	
到目前为止，您是否曾有过接受预防接种后身体出现不适的情况? ○ 预防接种的名称 ()	是	否	
您是否曾切除过脾脏?	是	否	
关于今天的预防接种是否有疑问?	是	否	

医生填写栏：通过上述问诊和诊察的结果，判断今天（可以实施/应推迟）预防接种。

针对患者本人（或者其家属等代理人），我已就预防接种的效果、副作用及根据《医药品医疗器械综合机构法》的救济方式进行了说明。医生的签名或签名盖章 []

本人（或者其家属等代理人）填写栏
我已接受了医生的诊察和说明，并了解预防接种的效果、副作用及根据《医药品医疗器械综合机构法》的救济方式。您是否同意以上的内容，愿意接受接种? (是・否)
本人（或者其家属等代理人）签名 [(代笔人：关系)]

使用疫苗名	接种方式	实施场所・医生名・接种日期
名称: Pneumovax®NP 制造商: MSD 株式会社 制造编号:	肌肉注射・皮下注射 (接种量: 0.5mL)	医疗机构名: 医生姓名: 接种日期: 年 月 日

本预诊表以确保预防接种的安全性为目的。填写的个人信息仅用于有关预防接种的预诊