

15-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन(PCV15, भ्याक्युभ्यान्स®) खोप लगाउनेहरूलाई 15 ॐ肺炎球菌結合型ワクチン (バクニューバンス®) を接種される方へ

15-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन(PCV15, भ्याक्युभ्यान्स®) खोप लगाउनु अगाडि अनिवार्य रूपमा यो निर्देशन पढ्नुहोस्। अनि खोप लगाउनु अगाडि खोप लगाउने व्यक्तिको स्वास्थ्य अवस्था राम्ररी बुझ्नु आवश्यक भएकोले अर्को पानाको खोप स्क्रिनिङ प्रभावली सकेसम्म विस्तृत रूपमा भर्नुहोस्।

15 ॐ肺炎球菌結合型ワクチン (バクニューバンス®) を接種する前に、必ずこの説明書をお読みください。また、接種にあたっては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ので、別紙の予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。

● खोपको प्रभावकारीता र साइड इफेक्ट ワクチンの効果と副反応

15-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन(PCV15, भ्याक्युभ्यान्स®) जन्मेको 2 महिना वा सोभन्दा माथिको बच्चालाई लगाउन सक्ने खोप हो। यो खोप लगाएपछि 15 वटा प्रकारको न्युमोकोकल ब्याक्टेरियाविरुद्धमा एन्टिबडी बन्छ अनि यस प्रकारको न्युमोकोकल ब्याक्टेरियाले ल्याउने गम्भीर संक्रामक रोग (ब्याक्टेरियल मेनिनजाइटिस, ब्याक्टेरेमिया आदि) बाट जोगिने आशा गर्न सकिन्छ।

क्लिनिकल ट्रायलमा देखिएको मुख्य साइड इफेक्ट भनेको इंजेक्शन गरेको ठाउँमा प्रतिक्रिया (रातो हुने, साह्रो हुने, सुनिने, दुख्ने), खान मन नलाग्ने, रिस उठ्ने, निद्रा लाग्ने, ज्वरो आउने थियो। कहिलेकाहीं शक, एनाफिलेक्सिस सहित गम्भिर एलर्जी प्रतिक्रिया, जीउ बटार्ने(फेब्राइल कनभल्सन सहित) लक्षण देखा पर्न सक्छ। केही असाधारण अवस्था भएको थाह पाउनुभयो भने तुरुन्तै डाक्टरलाई भन्नुहोस्।

15 ॐ肺炎球菌結合型ワクチン (バクニューバンス®) は生後 2 か月以上の方に接種できるワクチンです。このワクチンの接種により 15 種類の肺炎球菌に対する抗体ができ、これらの種類の肺炎球菌による重い感染症 (細菌性髄膜炎・菌血症など) の予防が期待できます。

臨床試験でみられた主な副反応は、注射部位の局所反応 (赤み、しこり、腫れ、痛み)、食欲減退、不機嫌、眠気、発熱でした。非常にまれですがショック、アナフィラキシーを含む重いアレルギー反応、けいれん (熱性けいれん含む) があらわれることがあります。何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。

● खोप लगाउने तालिका 接種スケジュール

खोप लगाउने तालिका प्रायः पहिलो प्रतिरक्षाको रूपमा जन्मेको 2 महिनादेखि 7 महिनाको बीचमा खोप लगाउन सुरु गरेर प्रत्येक चोटि 27, 27 दिनको फरकमा 3 पटक खोप लगाइन्छ। तर तेस्रो खोप जन्मेको 12 महिनाभित्रमा पूरा गर्नुपर्छ। तेस्रो पटक खोप लगाएको 60 दिन वा सोभन्दा धेरै दिनको फरकमा प्रायः जन्मेको 12~15 महिनामा बुष्टर डोज दिइन्छ। तसर्थ जम्मा 4 पटक खोप लगाइन्छ।

यस समयवाधिममा खोप लगाउन सक्नुभएन भने जन्मेको कति महिना भयो सोअनुसार निम्न तरिकामा खोप लगाइन्छ। जन्मेको 7 महिनादेखि 12 महिनाको बीचमा खोप लगाउन सुरु गरेको खण्डमा पहिलो प्रतिरक्षा 27 दिन वा सोभन्दा बढी दिनको फरकमा 2 पटक, जन्मेको 12 महिना बितेपछि बुष्टर प्रतिरक्षा 1 पटक, जम्मा 3 पटक खोप लगाइन्छ। जन्मेको 12 महिनादेखि 24 महिना भएको खण्डमा 60 दिन वा सोभन्दा बढी दिनको फरकमा जम्मा 2 पटक, 24 महिना वा सोभन्दा बढी भएको खण्डमा 1 पटक खोप लगाइन्छ।

13-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन(PCV13) खोप लगाउन सुरु गरेपछि PCV15 खोप लगाउन चाहनुहुन्छ भने यो खोप लगाउने तालिकाअनुसार बाँकी डोज लगाइन्छ। तर यो स्वैच्छिक खोप भएकोले आफैले खर्च व्यहोर्नुपर्छ।

標準の接種スケジュールは、初回免疫として2か月齢以上7か月齢未満で接種を開始して、27日間以上の間隔で3回接種します。ただし、3回目接種は、12か月齢未満までに完了します。以降、3回目接種から60日間以上の間隔をおき、標準として12~15か月齢で追加免疫を1回接種の計4回接種します。

この期間の接種を逃した場合は、月齢に応じてそれぞれ次のように接種します。7 か月齢以上 12 か月齢未満で接種開始の場合は、初回免疫を 27 日間以上の間隔で 2 回、12 か月齢を過ぎてから追加免疫を 1 回の計 3 回接種します。12 か月齢以上 24 か月齢未満の場合は 60 日間以上の間隔で計 2 回、24 か月齢以上の場合では 1 回接種します。

これらの接種スケジュールの中で、13 価肺炎球菌結合型ワクチンにより接種を開始後、途中で本剤による接種に切り替える場合には、残りの接種回数を本剤で接種します。なお、本剤は任意接種のワクチンのため自費での接種となります。

● खोप लगाउन नसक्ने व्यक्ति 予防接種を受けることができない人

1. यो खोपमा भएको तत्वहरू वा डिफ्थेरिया टोक्सोइड समावेश भएको खोप लगाउँदा पहिला एनाफिलेक्सिस भएको व्यक्ति
2. ज्वरो (प्रायः 37.5°C भन्दा बढी) भएको स्पष्ट देखिने व्यक्ति
3. गम्भीर अचानक रोग लागेको स्पष्ट देखिने व्यक्ति
4. माथिका बाहेक खोप लगाउन उपयुक्त छैन भनी डाक्टरले निर्णय गरेको व्यक्ति
1. このワクチンの成分又はジフテリアトキソイド含有ワクチンに対するアナフィラキシーをおこしたことがある方
2. 明らかな発熱（通常は、37.5°Cを超える場合）を呈している方
3. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかの方
4. 上記に掲げる方のほか、医師が接種不適当と判断した方

● खोप लगाउँदा डाक्टरसँग परामर्श लिनु आवश्यक पर्ने व्यक्ति 予防接種を受ける際に、医師への相談が必要な人

1. बिगतमा रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता असामान्य छ भनिएको वा नजिकको नातेदारहरूमा जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको परिवारको सदस्य
2. मुटु रोग, मृगौला रोग, कलेजो रोग, रगतसम्बन्धी रोग वा डिभेलोपमेन्ट डिसअर्डर आदि आधारभुत रोग भएको व्यक्ति
3. खोप लगाउँदा खोप लगाएको 2 दिनभित्र ज्वरो आएको वा पूरै शरीरमा डाबर आदि एलर्जीको शङ्कास्पद लक्षण देखा परेको व्यक्ति
4. बिगतमा जीउ बटारेको अनुभव गरेको व्यक्ति
5. यो खोपमा भएको तत्वहरू वा डिफ्थेरिया टोक्सोइड समावेश भएको खोप लगाउँदा एलर्जी हुन सक्ने व्यक्ति
6. थ्रोम्बोसाइटोपेनिया, कोगुलोप्याथी भएको व्यक्ति, एन्टीकोगुलेन्ट थेरापी गरिरहेको व्यक्ति
1. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、もしくは先天性免疫不全症と診断された近親者がいる方
2. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患のある方
3. 予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
4. 過去にけいれんの既往のある方
5. このワクチンの成分又はジフテリアトキソイド含有ワクチンに対するアレルギーをおこすおそれのある方
6. 血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している方

● अरू खोप सँगसँगै खोप लगाउने 他のワクチンとの同時接種

डाक्टरले आवश्यक ठानेको खण्डमा अरू फरक प्रकारको खोप सँगै यो खोप लगाउन सकिन्छ।

【चिकित्सा संस्थाका व्यक्तिहरूलाई】

कोभिड-19 खोपसँगै यो खोप लगाउनेबारे सबैभन्दा नयाँ जानकारी पढ्नुहोस्।

स्वास्थ्य, श्रम तथा कल्याण मन्त्रालय URL:<https://www.mhlw.go.jp/index.html>

医師が必要と認めた場合には、他の異なる種類のワクチンと同時に接種することができます。

【医療機関の皆様へ】

新型コロナワクチンとの同時接種に関しては、最新の情報をご確認ください。

厚生労働省 URL: <https://www.mhlw.go.jp/index.html>

● खोप लगाएपछि ध्यान दिनुपर्ने कुराहरू
 ワクチン接種後の注意

1. शक वा एनाफिलेक्सिस हुन सक्ने भएकोले खोप लगाएपछि 30 मिनेट चिकित्सा संस्थामा रहने आदि गरेर डाक्टरसँग तुरुन्तै सम्पर्क गर्न सक्ने हुनुहोस्।
2. खोप लगाएको दिनमा कठिन व्यायाम नगर्नुहोस्। अनि खोप लगाएको भागलाई सफा राख्नुहोस्। खोप लगाएको दिन नुहाए पनि समस्या छैन। तर खोप लगाएको भाग नघोटनुहोस्।
3. खोप लगाएपछि स्वास्थ्य अवस्थामा ध्यान दिएर ज्वरो वा जीउ बतारिने जस्ता स्वास्थ्य अवस्थामा परिवर्तन आएको वा कुनै भागमा असामान्य प्रतिक्रिया (खोप लगाएको भाग सुनिएको देखिने आदि) याद गर्नुभयो भने तुरुन्तै डाक्टरलाई जँचाउनुहोस्।
1. ショックやアナフィラキシーがおこることがありますので、接種後 30 分間は医療機関にいるなどして、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種当日は激しい運動を避けてください。また、接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差支えありません。ただし接種した部位をこすらないでください。
3. 接種後は健康状態に注意し、高熱やけいれんなど体調の変化や、その他局所の異常反応（接種部位の腫れが目立つなど）に気づいた場合は、ただちに医師の診療をうけてください。

खोप लगाउने दिन 接種予定日	० १ २ ३ ४ ५ ६ ७ ८ ९ १० ११ १२ 月 日 ()	चिकित्सा संस्थाको नाम	医療機関名
	५ ६ ७ ८ ९ १० ११ १२ 時 分頃		

[थप जानकारी]

15-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन(PCV15) खोप लगाएको कारण स्वास्थ्यमा क्षति पुगेको खण्डमा "औषधीको साइड इफेक्टबाट पीडित भएकाहरूका लागि राहत प्रणाली" मार्फत उपचार खर्च पाउन सक्ने हुन सक्छ।

विस्तृत जानकारीको लागि फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) को वेबसाइट हेर्नुहोस्।

[औषधीको साइड इफेक्टबाट पीडित भएकाहरूका लागि राहत प्रणाली]

औषधी सही तरिकामा प्रयोग गरे तापनि साइड इफेक्टले गर्दा अस्पतालमा भर्ना गरेर उपचार गर्नु पर्ने हृदयसम्बन्धी रोग वा अशक्तता आदि स्वास्थ्यमा क्षति पुगेको व्यक्तिलाई उद्धार गर्नको लागि उपचार खर्च, उपचार भत्ता, अशक्तता भत्ता आदि भत्ता दिने प्रणाली हो। यसको लागि डाक्टरको मेडिकल रिपोर्ट र मेडिकेशन सर्टिफिकेट आदि चाहिन्छ। राहत भत्ता पाउनको लागि सुरुमा फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) को राहत प्रणाली परामर्श काउण्टरमा सम्पर्क राख्नुहोस्।

सम्पर्क गर्ने ठाउँ निम्नअनुसार छ।

फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) औषधीको साइड इफेक्टबाट पीडित भएकाहरूका लागि राहत प्रणाली परामर्श काउण्टर

फोन: 0120-149-931 (निःशुल्क कल)

URL: https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

[参考]

15 価肺炎球菌結合型ワクチン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」により治療費等が受けら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。

[医薬品副作用被害救済制度]

医薬品を適正使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構の救済制度相談窓口にご相談ください。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用被害救済制度相談窓

電話：0120-149-931（フリーダイヤル）

URL：https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

15-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन(PCV15, भ्याक्न्युभ्यान्स®) खोप स्क्रिनिङ प्रश्रावली

15 価肺炎球菌結合型ワクチン (バクニューバンス®) 予防接種 予診票

खोप लगाउन चाहनेहरूलाई: गाढा बक्सभित्र खाली ठाउँमा एउटा पनि नछुटाइकन भर्नुहोस्।
 接種を希望される方へ: 太枠内 の箇所にもれなくご記入ください

		डाक्टरसँग भेट्नुअघिको शरीरको तापमान 診察前の体温	°C 度 分
ठेगाना 住所	〒 _____	फोन नम्बर 電話番号	() _____
(काताकाना) खोप लगाउने व्यक्तिको नाम (フリガナ) 予防接種を受け る人の氏名	_____	पुरुष・स्त्री 男・女	जन्म मिति 生年月日
(अभिभावकको नाम) (保護者氏名)	_____		_____

प्रश्न 質問事項	उत्तर 回答欄		डाक्टरले भर्ने कोलम 医師記入欄
आज लगाउने खोपबारे निर्देशन पढेर बुझ्नुभयो? 今日受ける予防接種について、説明文を読み、理解しましたか?	होइन いいえ	हो はい	
तपाईंको बच्चा हुर्किएको अवस्थाबारे सोच्नुहोस्। あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
○जन्मेको बेला तौल (_____)g जन्म भएको बेलामा केही असामान्य अवस्था थियो?	हो はい	होइन いいえ	
○उत्पत्तिको वजन (_____)g 分娩時に異常がありましたか?	हो はい	होइन いいえ	
जन्म पछि केही असामान्य अवस्था थियो? 出生後に異常がありましたか?	हो はい	होइन いいえ	
शिशुको स्वास्थ्य जाँच गर्दा असामान्य अवस्था छ भनिएको थियो? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか?	हो はい	होइन いいえ	
आज शरीरिक अवस्था केही नराम्रो छ? 今日、体に具合の悪いところがありますか?	हो はい	होइन いいえ	
○विस्तृत लक्षण (_____) ○具体的な症状 (_____)			
गएको एक महिनाभित्र ज्वरो आएको वा रोग लागेको थियो? 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか?	हो はい	होइन いいえ	
○रोगको नाम (_____) ○病名 (_____)			
एक महिनाभित्र परिवार वा सँगै खेलेको साथीमध्ये कसैलाई दादुरा, ठेउला, मम्मस लागेको थियो? 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?	हो はい	होइन いいえ	
○रोगको नाम (_____) ○病名 (_____)			
एक महिनाभित्र कुनै खोप लगाउनुभयो? 1カ月以内に予防接種を受けましたか?	हो はい	होइन いいえ	
○खोपको प्रकार (_____) ○予防接種の種類 (_____)			

स्वैच्छिक डोजको लागि (बच्चा) 任意接種用 (小児)

जन्मेदेखि अहिलेसम्म जन्मजात असामान्य रोग, मुटु, मृगौला, कलेजो, मस्तिस्कसम्बन्धी रोग, रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी आदि रोग लागेर डाक्टरलाई जँचाउदै हुनुहुन्छ? 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? ○रोगको नाम () ○病名 ()	हो はい	होइन いいえ	
त्यो रोग जाँचिरहेको डाक्टरले आज यो खोप लगाए हुन्छ भन्नुभयो? 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?	हो はい	होइन いいえ	
शरीर बढेको अनुभव छ? (वर्ष महिनाको आसपास) ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか? (歳 力月頃)	हो はい	होइन いいえ	
त्यतिखेर ज्वरो आएको थियो? そのとき熱が出ましたか?	हो はい	होइन いいえ	
औषधी वा खानेकुराको कारण छालामा डाबर वा कर्कश निस्केको वा शरीरिक अवस्था नराम्रो भएको थियो? 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか? ○औषधी・ खानेकुराको नाम () ○薬・ 食品名 ()	हो はい	होइन いいえ	
नजिकको नातेदारमा कोही जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको व्यक्ति हुनुहुन्छ? 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?	हो はい	होइन いいえ	
अहिलेसम्म खोप लगाएर बिसञ्चो हुनुभएको थियो? 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? ○खोपको प्रकार() ○予防接種の種類 ()	हो はい	होइन いいえ	
नजिकको नातेदारमा कोही खोप लगाएर बिसञ्चो हुनुभएको थियो? 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?	हो はい	होइन いいえ	
6 महिनाभित्र रक्तक्षेपण वा गामा ग्लोबुलिनको सुई लिनुभएको थियो? 6 ヶ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?	हो はい	होइन いいえ	
बिगतमा न्युमोकोकल खोप लगाउनुभएको थियो? 過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか? ○खोपको नाम・ समय (खोपको नाम: , साल महिनाको आसपास) ○ワクチンの名前・ 時期 (ワクチン名: , 年 月頃)	हो はい	होइन いいえ	
आजको खोपबारे केही प्रश्न छ? 今日の予防接種について質問がありますか?	हो はい	होइन いいえ	

डाक्टरले भर्ने कोलम

医師記入欄

यहाँसम्म अन्तरवार्ता र प्रश्नवाली हेरेपछि आज खोप लगाउन (सकिन्छ・ स्थगित गरेको राम्रो) भनेर निर्णय गर्छु।
 अभिभावकलाई खोपको प्रभावकारिता, साइड इफेक्ट, फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) ऐनको आधारमा दिइने राहतबारे ब्याख्या गर्ने।
 डाक्टरको हस्ताक्षर वा नाम र छाप []
 以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は (実施できる・ 見合わせたほうがよい) と判断します。
 保護者に対し、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しました。
 医師の署名または記名押印 []

अभिभावकले भर्ने कोलम

保護者記入欄

डाक्टरलाई जँचाएर उहाँबाट खोपको प्रभावकारीता, साइड इफेक्ट, फार्मस्युटिकल्ज एन्ड मेडिकल डिभाइसिज एजेन्सी (PMDA) ऐनको आधारमा दिइने राहतबारे बुझें। माथिका कुराहरूमा सहमत भई खोप लगाउन (चाहन्छु・ चाहन्नँ)
 अभिभावकको नाम []
 医師の診察・ 説明を受け、予防接種の効果や副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解しました。
 以上の内容に同意し、接種を希望 (します・ しません)。
 保護者署名 []

स्वैच्छिक डोजको लागि (बच्चा) 任意接種用 (小児)

प्रयोग गर्ने खोपको नाम 使用ワクチン名	खोप लगाउने मात्रा, तरिका, शरीरको भाग 接種量・方法・部位	खोप लगाउने ठाउँ, डाक्टरको नाम, मिति 実施場所・医師名・接種年月日
<p>名称:バクニューバンス®水性懸濁注シリンジ</p> <p>メーカー名:MSD 株式会社</p> <p>製造番号:</p> <p>नाम: भ्याकन्युभ्यान्स एकुएस सस्पेन्सन सिरिन्ज</p> <p>निर्माताको नाम: MSD कम्पनी</p> <p>सिरियल नम्बर:</p>	<p>छालामुनि (0.5 mL) पाखुराको माथिल्लो भाग (दायाँ・बायाँ)</p> <p>पिदा (0.5 mL) 上腕伸側 (右・左)</p> <p>मांसपेशीभिन्न (0.5 mL)</p> <p>筋肉内 (0.5 mL)</p> <p>・ एक वर्षभन्दा मुनि जांघको अगाडिको बाहिरी भाग (दायाँ・बायाँ)</p> <p>・ 1 歲未滿 大腿前外側部 (右・左)</p> <p>・ एक वर्ष वा सोभन्दा माथि पाखुराको माथिल्लो भागको डेल्टोइड मांसपेशीको केन्द्रिय भाग (दायाँ・बायाँ)</p> <p>जांघको अगाडिको बाहिरी भाग (दायाँ・बायाँ)</p> <p>・ 1 歲～ 上腕三角筋中央部 (右・左)</p> <p>大腿前外側部 (右・左)</p>	<p>खोप लगाउने ठाउँ:</p> <p>डाक्टरको नाम:</p> <p>खोप लगाउने मिति : साल महिना तारिख</p> <p>実施場所 :</p> <p>医師名 :</p> <p>接種年月日 : 年 月 日</p>

यो खोप स्क्रिनिङ प्रभावलीको उद्देश्य खोप लगाउने व्यक्तिको सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु हो। प्रभावलीमा भन्नुभएको व्यक्तिगत जानकारी खोपसम्बन्धी पूर्व-जाँचको लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ।
 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。記入いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。