

23 가 폐렴구균 백신 (뉴모박스®NP) 예방접종 예진표

23 가 폐렴구균 백신(뉴모박스®NP)의 접종을 실시함에 있어서, 예방 접종을 받으실 분의 건강 상태를 확실하게 파악할 필요가 있습니다. 따라서 아래 23 가 폐렴구균 백신(뉴모박스®NP)에 관한 정보를 반드시 읽어 주십시오. 또한 별지 예진표는 될 수 있는 한 자세하게 기입해 주십시오. 본인이 직접 기입하기 어려운 경우는 대리인이 기입해 주십시오. 그리고 접종을 받을 분의 접종 희망을 확인할 수 없는 경우에는 접종을 받으실 수 없으므로 사전에 양해해 주시기 바랍니다.

● 백신의 효과와 부작용

23 가 폐렴구균 백신(뉴모박스®NP)은 2 세 이상으로, 폐렴구균에 의한 중증 질환에 감염될 위험이 높은 분에게 접종하는 백신입니다. 이 백신의 접종으로 23 종류의 폐렴구균에 대한 항체가 형성되어 이 종류의 폐렴구균에 의한 감염증의 예방을 기대할 수 있습니다.

임상시험에서 나타난 주된 부작용은 주사 부위의 국소반응(통증, 홍반, 부종, 가려움), 두통, 거드랑이의 통증이었습니다. 매우 드물지만 다음과 같은 부작용이 나타난 사례도 있습니다. 1)아나필락시스 반응, 2)혈소판 감소, 3)지각 이상, 길랑바레 증후군 등의 급성신경근장애, 4)봉소염, 봉소염양 반응, 주사부위 괴사, 주사 부위 궤양.

뭔가 이상이 느껴지면 즉시 의사와 상담해 주십시오.

● 접종이 부적당한 분

1. 만 2 세 미만인 분
2. 명확한 발열(통상은 37.5 도가 넘는 경우)증상이 나타나는 분
3. 중증 급성질환이 있는 분
4. 본 제제의 성분(자세한 내용은 의사에게 문의해 주십시오.)에 의해 아나필락시스의 증상을 경험한 적이 명확하게 있는 분
5. 위에 든 사례 이외에도, 의사가 예방접종에 적당치 않다고 판단한 분

● 예방접종을 받을 때 의사의 상담이 필요한 분

1. 심장혈관계 질환, 신장 질환, 간 질환, 혈액 질환, 발육장애 등의 기초질환이 있는 분
2. 과거에 예방접종으로 인해 접종 후 2 일 이내에 발열이 나타난 분, 또한 전신 발진 등의 알레르기 의심 증상을 보인 분
3. 과거에 경련을 일으킨 적이 있는 분
4. 과거에 면역부전의 진단을 받은 분 및 근친자에 선천성 면역부전증인 분이 있는 분
5. 본 제제의 성분에 대해 알레르기를 일으킬 우려가 있는 분
6. 임신부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인
7. 과거에 23 가 폐렴구균 백신의 접종을 받은 적이 있는 분
(과거 5 년 이내에 폐렴구균 백신의 접종을 받은 적이 있는 분은 본 제제의 접종으로 인해 주사한 부위가 딱딱해 지거나, 아프거나, 빨개지는 등의 증상이 심하게 나타나는 경우가 있습니다.)

● 다른 백신과의 동시 접종

의사가 필요하다고 인정한 경우에는 다른 종류의 백신과 동시에 접종할 수 있습니다.

● 예방접종 후의 주의점

1. 접종 후 30 분간은 아나필락시 등의 급격한 부반응을 일으키는 경우가 있으므로 의료기관에서 대기하는 등, 상태를 관찰하고 의사와 바로 연락을 취할 수 있도록 준비해 두십시오.
2. 예방접종 당일은 과도한 운동을 피해 주십시오. (예방접종 당일 입욕은 지장이 없습니다. 단 주사한 부위를 문지르지 마십시오.)
3. 접종 후에 발열이 있거나, 접종한 부위가 붓거나, 빨개지거나 하는 경우가 있습니다만, 일반적으로 이러한 증상은 가볍고, 통상 수일 안에 없어집니다.
4. 접종 후에는 스스로의 건강 관리에 주의하시고, 혹시 고열이나 몸 상태의 변화, 기타 국소의 이상 반응을 알게 된 경우에는 즉시 의사의 진료를 받으십시오.

예 정 접 종 일 기	월 일 () 당일에 접수처로 시 분경까지 방문해 주십시오.	평 일 기 관	
----------------------------	--	------------------	--

[참고]
 폐렴구균 백신 접종으로 건강 피해가 발생하였을 때는 “의약품 부작용 피해 구제 제도”에 의해 치료비 등을 받을 수 있는 경우가 있습니다.
 자세한 내용은 독립행정법인 의약품 의료기기 종합기구의 홈페이지를 참고하십시오.

[의약품 부작용 피해 구제 제도]
 의약품을 적정하게 사용했음에도 불구하고 부작용에 의해 입원 치료가 필요한 정도의 질병이나 장애 등의 건강 피해를 받은 분을 구제하기 위해 의료비, 의료 수당, 장애 연금 등을 지급하는 제도입니다. 이를 위해서는 의사의 진단서 및 투약 증명서 등이 필요합니다. 구제 지원 청구에 대해서는 먼저, 의약품 의료기기 종합기구에 상담해 주십시오.

문의처
 독립행정법인 의약품 의료기기 종합기구 의약품 부작용 피해 구제 제도 상담 창구
 전화 : 0120-149-931 (프리다이얼)
 URL: https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

23 가 폐렴구균 백신(뉴모박스®NP) 예방접종 예진표

접종을 희망하시는 분께: 굵은 선으로 표시된 곳에 기입하거나 ○표를 표시해 주십시오.

		진찰전 체온	도 분
주소	(우)	전화번호	() -
예방접종을 받는 어린이 이름 (남·여)	대리인(가족 등)의 성명	
생년월일	년 월 일	(만	세)

질문 사항	응답란		의사기입란
오늘 받으실 예방접종에 대해서 설명문("23 가 폐렴구균 백신(뉴모박스®NP) 예방접종 예진표")을 읽고, 이해하십니까?	네	아니요	
1 개월 이내에 예방 접종을 받았습니까?(예방 접종의 종류:)	네	아니요	
23 가 폐렴구균 백신(뉴모박스®NP), 또는 다른 폐렴구균 백신의 접종을 받은 적이 있습니까? ○ 백신명·시기 (백신명: , 년 월경)	네	아니요	
오늘 몸 상태가 안 좋은 곳이 있습니까? ○ 구체적인 증상을 적어 주십시오 ()	네	아니요	
현재 앓고 있는 질병이 있습니까? ○ 병명 () 이 질병으로 치료(투약 등)를 받고 있습니까? ○ 약의 이름 및 종류 ()	네	아니요	
심장, 혈관, 혈액, 신장, 간장, 뇌신경, 면역부전증 등의 질병에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? ○ 병명 ()	네	아니요	
최근 1 개월 이내에 열이 나거나 질병에 걸리거나 했습니까? ○ 병명 ()	네	아니요	
약이나 식품으로 피부에 발진이나 두드러기가 생기거나 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까?	네	아니요	
경풍(경련)이 일어난 적이 있습니까?	네	아니요	
지금까지 예방 접종을 받고 상태가 나빠진 적이 있습니까? ○ 예방 접종의 이름 ()	네	아니요	
비장을 적출한 적이 있습니까?	네	아니요	
오늘의 예방 접종에 대해 질문이 있습니까?	네	아니요	

의사기입란: 이상의 문진 및 진찰 결과, 오늘의 예방접종은 (실시 가능하다 ·보류하는 것이 좋다)고 판단됩니다. 본인 (또는 그 가족 등의 대리인)에게 예방접종의 효과, 부작용 및 의약품의요기기 종합기구법에 근거하는 구제에 대하여 설명했습니다. 의사의 서명 또는 기명 날인 []

본인(또는 그 가족 등의 대리인) 기입란
㉠의사의 진찰·설명을 듣고, 예방접종의 효과와 부작용 및 의약품의요기기 종합기구법에 근거한 구제에 대해서 이해했습니다. 이상의 내용에 동의하고, 접종을 희망합니까? (네 · 아니요) 본인(또는 그 가족 등의 대리인)의 서명 [(대필자의 경우: 관계)]

사용 백신 명칭	접종 경로	실시 장소/의사명/접종 일자
명칭: 뉴모박스®NP 메이커명: MSD주식회사 제조번호:	근육 내·피하 (예방접종의 양: 0.5mL)	의료기관명: 의사: 예방접종 날짜: 년 월 일

본 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 기입해 주신 개인정보는 예방접종에 관한 예진목적에만 사용됩니다.