

关于 23 价肺炎球菌疫苗（Pneumovax®NP）的接种事宜 23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)を接種される方へ

実施 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。

23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)の接種を実施するにあたって、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。そのため、以下の 23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)に関する情報を必ずお読みください。また、別紙の予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。ご自身での記入が難しい場合は、代理の方がご記入ください。なお、接種を受ける方の接種希望確認ができない場合は接種できませんのでご了承ください。

● 疫苗的效果和副作用 ワクチンの効果と副反応

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。

23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)は、2 歳以上で肺炎球菌による重篤疾患に罹患する危険が高い方に接種するワクチンです。このワクチンの接種により 23 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感染症の予防が期待できます。

臨床試験で見られた主な副反応は、注射部位の局所反応(痛み、赤み、腫れ、かゆみ)、頭痛、わきの下の痛みでした。非常にまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。1)アナフィラキシー様反応、2)血小板減少、3)知覚異常、ギランバレー症候群等の急性神経根障害、4)蜂巣炎、蜂巣炎様反応、注射部位壊死、注射部位潰瘍。

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。

● 不适合接种者 予防接種を受けることができない人

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℃）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
1. 2 歳未満の方
2. 明らかな発熱(通常は、37.5℃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な方
4. 本剤の成分(詳しくは医師にお尋ねください)によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方
5. 上記に掲げる方のほか、医師が予防接種を受けることが不適當と判断した方

● 接受预防接种时，需要咨询医生的人士 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

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 23 价肺炎球菌疫苗者，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。)
1. 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を有することが明らかな方
 2. 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
 3. 過去にけいれんの既往のある方
 4. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
 5. 本剤の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
 6. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
 7. 過去に 23 価肺炎球菌ワクチンを接種されたことのある方
(過去 5 年以内に 23 価肺炎球菌ワクチンを接種されたことのある方は、本剤の接種により注射した部分が硬くなる、痛む、赤くなるなどの症状が強く出ることがあります。)

● 与其他疫苗的同时接种 他のワクチンとの同時接種

医生认为需要时，可以与其他疫苗同时接种。

【致各位医疗机构工作人员】

关于与新冠疫苗的同时接种，请确认最新信息。

厚生劳动省 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>

● 接種後の注意事項
ワクチン接種後の注意

1. 接種後 30 分钟可能会出现休克或过敏反应，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。注意保持接种部位清洁。接种当天可沐浴。但请不要搓揉接种部位。
 3. 接种后请注意进行自我健康管理，如发现高烧、惊厥等身体状况变化、或其他局部出现异常反应（接种部位明显肿胀等），请立即就医。
1. 接種後 30 分間は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、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. 接種後は自らの健康管理に注意し、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受けてください。

日 時 接種予定	月 日()	実施場所 実施場所
	当天请于 点 分左右来柜台 挂号。	
接種	月 日()です	
	当日は受付に 時 分頃お こしてください。	

[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

[参考]

肺炎球菌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济制度」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济制度]

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口

電話 : 0120-149-931(フリーダイヤル)

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

23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)予防接種 予診票

希望接种的人士：请填写粗框内的内容，请勿遗漏

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

		预诊前的体温	度 分
		診察前の体温	度 分
地址 住所	〒 〒	电话号码 電話番号	() -
(注音假名)接受 接种人姓名 (フリガナ)予防 接種を受ける人 の氏名 (男・女) (男・女)	代理人(家属等 人)の姓名 代理人(家族な ど)の氏名	
出生日期 生 年 月 日	年 月 日生 (周岁) 年 月 日生(満 歳)		

询问事项 質問事項	回答栏 回答欄	医生填写栏 医師記入欄
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』）？ 今日受ける予防接種について、説明文(『23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか？	否 いいえ	是 はい
您最近 1 个月内是否曾接受过预防接种？（预防接种的类型： <input style="width: 150px;" type="text"/> ） 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか？(予防接種の種類： <input style="width: 150px;" type="text"/>)	是 はい	否 いいえ
您是否曾接种过 23 价肺炎球菌疫苗 (Pneumovax®NP) 或者其他肺炎球菌疫苗？ ○疫苗名称和接种日期（疫苗名称： <input style="width: 150px;" type="text"/> ， <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月左右） 23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)又は他の肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか？ ○ワクチンの名前・時期(ワクチン名： <input style="width: 150px;" type="text"/> 、 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月頃)	是 はい	否 いいえ
您今天是否感觉身体有不舒服的地方？ ○请填写具体的症状（ <input style="width: 200px;" type="text"/> ） 今日、体の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(<input style="width: 200px;" type="text"/>)	是 はい	否 いいえ
您现在是否患有何疾病？ ○疾病名称（ <input style="width: 200px;" type="text"/> ） 您是否正在接受该疾病的治疗（服药等）？ ○药物名称和种类（ <input style="width: 200px;" type="text"/> ） 現在、何か病気にかかっていますか？ ○病名（ <input style="width: 200px;" type="text"/> ） その病気で治療(投薬など)を受けていますか？ ○薬の名前・種類(<input style="width: 200px;" type="text"/>)	是 はい	否 いいえ
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（ <input style="width: 200px;" type="text"/> ） 心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか？ ○病名(<input style="width: 200px;" type="text"/>)	是 はい	否 いいえ
您最近 1 个月内是否发过烧、患过病？ ○疾病名称（ <input style="width: 200px;" type="text"/> ） 最近 1 ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？ ○病名(<input style="width: 200px;" type="text"/>)	是 はい	否 いいえ
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？ 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？	是 はい	否 いいえ
您是否出现过抽筋（痉挛）的情况？ ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	是 はい	否 いいえ

<p>到目前为止，您是否曾有接受预防接种后身体出现不适的情况？</p> <p>○预防接种的名称()</p> <p>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？</p> <p>○予防接種の名前()</p>	<p>是 はい</p>	<p>否 いいえ</p>	
<p>关于今天的预防接种是否有疑问？</p> <p>今日の予防接種について質問がありますか？</p>	<p>是 はい</p>	<p>否 いいえ</p>	

<p>医生填写栏 医師記入欄</p>
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>医生的签名或签名盖章 []</p> <p>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。</p> <p>本人(またはその家族などの代理人)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。</p> <p>医師の署名または記名押印 []</p>

<p>本人（或者其家属等代理人）填写栏 本人(またはその家族などの代理人)記入欄</p>
<p>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。</p> <p>您是否同意以上的内容，愿意接受接种？（是・否）</p> <p>本人（或者其家属等代理人）签名 [] (代笔人：关系 [])</p> <p>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。</p> <p>以上の内容に同意し、接種を希望しますか。(はい・いいえ)</p> <p>本人(またはその家族などの代理人)の署名 [] (代筆者の場合：続柄 [])</p>

使用疫苗名 使用ワクチン名	接种方式 接種経路	实施场所・医生姓名・接种日期 実施場所・医師名・接種年月日
<p>名称：Pneumovax®NP 注射器</p> <p>制造商：MSD 株式会社</p> <p>制造编号：</p> <p>名称：ニューモバックス®NP シリンジ</p> <p>メーカー名：MSD 株式会社</p> <p>製造番号：</p>	<p>肌肉注射・皮下注射 (接種量：0.5mL)</p> <p>筋肉内・皮下 (接種量:0.5 mL)</p>	<p>实施场所：</p> <p>医生姓名：</p> <p>接种日期： 年 月 日</p> <p>实施場所：</p> <p>医師名：</p> <p>接種年月日： 年 月 日</p>

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。

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。