

# 小児用肺炎球菌 予防接種予診票

|           |                |
|-----------|----------------|
| 2～6か月齢開始  | 1回目・2回目・3回目・追加 |
| 7～11か月齢開始 | 1回目・2回目・追加     |
| 1歳開始      | 1回目・2回目        |
| 2～4歳開始    | 1回目            |

|                                                                                                                                                  |  |      |  |          |  |        |  |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|----------|--|--------|--|--------|--|
| 親子健康手帳交付番号                                                                                                                                       |  |      |  | 診察前の体温   |  | 度      |  | 分      |  |
| 住 所                                                                                                                                              |  | 久留米市 |  |          |  |        |  |        |  |
| フリガナ                                                                                                                                             |  |      |  | 電話( )    |  |        |  |        |  |
| 受ける人の氏名                                                                                                                                          |  | 男・女  |  | 生年 月 日   |  | 年 月 日生 |  |        |  |
| 保護者の氏名                                                                                                                                           |  |      |  | (満 歳 か月) |  |        |  |        |  |
| 質 問 事 項 ( ) 内に数字、○印など記入してください                                                                                                                    |  |      |  |          |  | 回 答 欄  |  | 医師記入欄  |  |
| 1. 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか                                                                                                                    |  |      |  |          |  | いいえ    |  | はい     |  |
| 2. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<br>・出生体重( ) g 分娩時や出生後に異常がありましたか<br>・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか(乳幼児健診も含めて)                                              |  |      |  |          |  | あった    |  | なかった   |  |
| 3. 今日、身体に具合の悪いところがありますか<br>(熱、咳、下痢、おう吐、その他 )                                                                                                     |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 4. 1か月以内に病気にかかりましたか<br>(麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他 )                                                                                                   |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 5. 1か月以内に家族や遊び仲間にうつる病気の人がいきましたか<br>(麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他 )                                                                                       |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 6. 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類( )                                                                                                               |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 7. 生まれてから今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか<br>(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、その他 )<br>・その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種について相談しましたか<br>・その結果、予防接種を受けてよいといわれましたか |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃<br>・そのとき熱がでましたか ( 度 分)                                                                                         |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 9. 薬や食品で皮膚に発しん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(薬、食品名 )                                                                                              |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 10. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか                                                                                                            |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 11. 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<br>予防接種の名称( )<br>(熱、おう吐、発しん、注射部のはれ、その他 )                                                                       |  |      |  |          |  | あ      |  | る      |  |
| 12. 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    |  |
| 13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか                                                                                                                    |  |      |  |          |  | はい     |  | いいえ    |  |
| 14. 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                                                                                                                                            |  |      |  |          |  |        |  | 医師のサイン |  |
| 診察所見：咽頭(異常なし ) 胸部(異常なし )<br>その他( )、以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は<br>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                                        |  |      |  |          |  | 不      |  | 可      |  |
| 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、接種を希望しますか ( 希望しません ・ 希望します )                                                          |  |      |  |          |  |        |  |        |  |
| 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                                                                                                                      |  |      |  |          |  | 保護者サイン |  |        |  |
| 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 (フルネーム)                                                                                                         |  |      |  |          |  |        |  |        |  |

| 使用ワクチン名            | 接種方法・接種量  | 実施場所・医師名・実施年月日 |
|--------------------|-----------|----------------|
| ワクチン名              | 皮下注射・筋肉注射 | 実施場所           |
| Lot No.            |           | 医師名            |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | ml        | 実施年月日 年 月 日    |

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、麻疹、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた人は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# 小児用肺炎球菌の接種について

## 小児の肺炎球菌感染症について

肺炎球菌は、細菌による子どもの感染症の二大原因のひとつです。この菌は子どもの多くが鼻の奥に保菌していて、肺炎、副鼻腔炎、中耳炎といった病気を起こし、ときに細菌性髄膜炎、菌血症といった侵襲性感染症（重篤な全身感染症）を起こします。

肺炎球菌による5歳未満の化膿性髄膜炎は、ワクチン導入前は年間150人前後が発症していると推定されていました。致死率や後遺症例（水痘症、難聴、精神発達遅滞など）の頻度は高く、約21%が予後不良とされています。現在は、肺炎球菌ワクチンが普及し、肺炎球菌性髄膜炎などの侵襲性感染症は激減しました。

## ワクチンの効果と副反応

### 【効果】

肺炎球菌には、90以上の種類があり、PCV15はそのうち15種類、PCV20は20種類の肺炎球菌に対して予防効果があります。

小児の肺炎球菌による侵襲性肺炎球菌感染症（※）は、肺炎球菌ワクチンの定期接種等が実施される以前の2008～2010年は10万人（5歳未満）あたり約24～26人が罹患（りかん）していましたが、2022年には、約4.8人と、約8割の患者数の減少がみられています。

※侵襲性感染症とは、本来は菌が存在しない血液、髄液、関節液などから菌が検出される感染症のことです。

### 【副反応】

接種部位の紅斑、腫脹（はれ）、全身反応として主なものは発熱（37.5℃以上）が認められています。

## 予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱（通常37.5℃以上）をしている人
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 小児肺炎球菌の予防接種に含まれる成分で、\*アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな人
4. その他、医師が不適当な状態と判断した場合

上の1～4に当てはまらなくても医師が接種不適当と判断した時は、予防接種を受けることはできません。

\*アナフィラキシー：

通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。汗がたくさん出る、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出るほか、はきけ、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状やショック状態になるような、はげしい全身反応のことです。

## 予防接種を受ける際に注意を要する場合

以下に該当すると思われる方は、かかりつけ医に相談し、予防接種を受けてよいかどうか判断してもらいましょう。

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育障害などで治療を受けている人
2. 予防接種で、接種後2日以内に発熱がみられた人及び発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられたお子さん
3. 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
4. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる人
5. ワクチンにはその製造過程において培養に使う卵の成分、抗菌薬、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことのある人

## 予防接種を受けた後の注意

1. 予防接種を受けた後30分程度は、医療機関で様子を観察するか、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応がこの間に起こることがあります。
2. 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすりはやめましょう。
4. 接種当日は、はげしい運動は避けましょう。
5. 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

※非常にまれですが、予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定した時は、市町村により給付が行われます。久留米市保健所保健予防課までご相談ください。