

## 1. 予防できる病気

带状疱疹

## 2. このワクチンについて

シングリックスは、50歳以上または、带状疱疹に罹患するリスクが高いと考えられる18歳以上の方を対象とする带状疱疹を予防するためのワクチンです。  
十分な予防効果を得るためには以下のスケジュールでの接種が必要です。

【接種スケジュール】

50歳以上：2か月の間隔をあけて2回筋肉注射

带状疱疹に罹患するリスクの高い18歳以上：1～2か月の間隔をあけて2回筋肉注射

## 3. 接種を受ける時の注意

- ・ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう
- ・受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう
- ・当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認しましょう
- ・清潔な着衣をつけましょう
- ・予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう

## 4. 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

＜局所＞

注射部位の痛み、赤み、腫れなど

＜全身＞

筋肉痛、疲労感、頭痛など

下記のような重篤な副反応は発生率が非常に低いとされていますが、接種後に異常な症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診することが推奨されます。

ショックやアナフィラキシー

（通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応）

## 5. 次の方は接種を受けないでください

- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重い急性疾患にかかっている方
- ・過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと）を起こしたことがある方
- ・その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

## 6. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ・心臓血管系・腎臓・肝臓・血液などの基礎疾患のある方
- ・予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ・このワクチンの成分に対して、アレルギーを起こすおそれのある方
- ・過去にけいれんを起こしたことのある方
- ・過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ・血小板が少ない方や出血しやすい方
- ・妊婦または妊娠している可能性のある方、授乳中の方  
(妊娠中、授乳中は安全性が確立されていないので避けた方が望ましいです)

## 7. 接種後は以下のことに注意してください

- ・接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう
- ・接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう
- ・接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です
- ・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください
- ・このワクチンに限らず、ワクチン接種により血管迷走神経反射によりめまいや立ちくらみが起こる可能性があるため、車の運転や高所での作業は注意しましょう

## 8. 医薬品副作用救済制度について

本剤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」により治療費等が支給さ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。



予防接種予診票（带状疱疹ワクチン）

診察前の体温℃

太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。

（フリガナ）

氏名

男・女

生年月日

西暦（年 月 日）

保護者氏名

未成年の場合のみ

〒

住所

TEL

—

—

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい （歳頃 回）	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：）			
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい （予防接種名：）	いいえ	
今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	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：）			
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全症・悪性腫瘍・その他の病気	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 その病気の主治医には今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	はい （最後は 頃 回くらい 頃）	いいえ	
※「はい」と答えた方 ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい （℃）	いいえ	
薬や食品などでアレルギー症状を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの（）			
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	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい （予防接種名：）	いいえ	
【女性の方に】下記にあてはまることはありますか。	はい	いいえ	
<input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある（生理が予定より遅れているなど） <input type="checkbox"/> 授乳中である			
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください（投薬状況など）			

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性などについて理解した上で、今回の予防接種を希望しますか？

（ はい ・ いいえ ）

\*かっこの中のどちらかをえらんで下さい

本人の署名（もしくは保護者の署名）

代理人の場合：続柄（ ）

\*医師の記入欄

問診及び診察の結果、今日の予防接種は下記のように判断しました。

医師名

（実施できる ・ 見合わせた方がよい）

印

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。

使用ワクチン名	ロット番号	接種部位	接種量	住所	大阪府大阪市北区梅田2-1-18 富士ビル2階・3階
シングリックス筋注用		筋肉注射  右 ・ 左	0.5mL	医院名	西梅田シティクリニック
				院長	赤松 敬之 印
				接種年月日	令和 年 月 日

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。 記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。