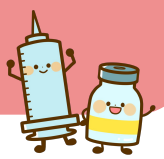
帯状疱疹ワクチン＜シングリックス筋注用＞の接種を受けられる方へ



① このワクチンについて

予防できる病気：帯状疱疹

このワクチンは、50歳以上の方、または帯状疱疹にかかるリスクが高い18歳以上の方を対象とした、帯状疱疹を予防するワクチンです。

十分な予防効果を得るために、2回の筋肉内注射が必要です。

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。

② 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。

③ 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る場合があります。
通常は一時的なもので数日で消失します。

＜局所＞
・接種部位の痛み・赤み・腫れ

＜全身＞
・筋肉痛・疲労感・頭痛

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
・アナフィラキシー
（じんましん、動悸、息苦しさなど）

裏面もご覧ください

④ 禁忌の人

・明らかな発熱（通常37.5℃以上）がある人

・重い急性の病気にかかっている人

・過去にこのワクチンの成分でアナフィラキシーを起こしたことがある人

・医師が予防接種を受けることが適当でないと判断した人

⑤ 注意が必要な人

・心臓血管系、腎臓、肝臓、血液などの基礎疾患のある人

・予防接種後2日以内に発熱がみられた人、または全身性発疹などアレルギーを疑う症状がみられた人

・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がある人

・過去にけいれんを起こしたことがある人

・過去に免疫不全と診断された人、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる人

・血小板が少ない人や出血しやすい人

・妊婦または妊娠している可能性がある人、授乳中の人
（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）

⑥ 接種後の注意事項

・接種後30分間は院内で様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡が取れるようにしましょう

・接種部位は清潔に保ち、入浴は可能ですが接種部位をこすらないようにしましょう

・接種当日は激しい運動を避け、いつも通りの生活を心がけましょう

・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出た場合は、速やかに医師の診察を受けましょう

・ワクチン接種全般でみられることがありますが、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には注意しましょう

Nishiumeda City Clinic
西梅田シティクリニック

任意接種用

予防接種予診票（帯状疱疹ワクチン）

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 （　　歳　　か月）	保護者 氏名	未成年の場合のみ
〒　　- 住所				TEL　　ー　　ー	

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	
帯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」と答えた方　具体的にどのような症状ですか　（症状：　　）	はい	いいえ	
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しん、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」と答えた方　具体的にどのような症状ですか　（症状：　　）	はい	いいえ	
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 （　　頃　　回くらい） （最後は　　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」と答えた方　薬・食品など原因になったもの（　　）	はい	いいえ	
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。 □　妊娠している　　□　妊娠の可能性がある（生理が予定より遅れているなど）　　□　授乳中である	はい	いいえ	
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ご記入ください（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。

（実施できる　・　見合わせた方が良い）

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。

医師名

印

使用ワクチン名	ロット番号	接種部位	接種量		
シングリックス筋注用		筋肉注射 右　・　左	0.5mL	医療機関	大阪府大阪市北区梅田2-1-18 富士ビル2階・3階 西梅田シティクリニック 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。