

注意：自費での接種も含め、2回目以降の肺炎球菌予防接種は市の助成対象になりません。

【千葉市】高齢者肺炎球菌予防接種予診票

※医療機関記入欄（該当する方にチェックを入れてください） 定期接種 市独自事業(市内協力医療機関のみ)

フリガナ		男・女	電話	()
氏名				
住所	千葉市	区		
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日生 ()歳
			本日の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、裏面に記載されている効果や副反応などを理解しましたか	いいえ	はい	
今までに肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがありますか ※肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがある方は、対象となりません	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気などにかかったことがありますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか 悪いところを記入してください()	はい	いいえ	
今までに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:)	はい	いいえ	
今日の予防接種について聞きたいことがありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 (ゴム印の場合は押印してください)
-------	--

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を (**希望します** ・ **希望しません**)。

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。このことを理解の上、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者(または代筆者)自署 (続柄:)

(※自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載)

メーカー名 Lot No.	接種量	医療機関名 接種医師名
有効期限 年 月 日	筋肉内・皮下 0.5ml	
接種年月日 年 月 日		

(切り取り)

【千葉市】高齢者肺炎球菌予防接種(医療機関控)

- 1 被接種者名 _____, 2 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 年 月 日 4 メーカー名 Lot No. _____

(切り取り)

【千葉市】高齢者肺炎球菌予防接種済証(本人控)

- 1 被接種者名 _____, 2 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生

- 3 接種年月日 年 月 日

- 4 メーカー名 Lot No. _____

医療機関名
接種医師名

【千葉市】高齢者肺炎球菌予防接種について（注意事項）

対象となる方 千葉市に住民票のある方で、以下のいずれかに該当する者
ただし、今までに肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス NP）の接種を受けたことがある方は、対象となりません。

予防接種法による定期接種

- (1) 令和元年度から令和5年度の間、年度中で65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる方
- (2) 接種日に60歳～64歳の方で、心臓、じん臓、呼吸器機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に身体障害1級相当の障害のある方

千葉市独自の助成事業（市内協力医療機関のみ）

- (1) 年度中に76歳以上となる方のうち、定期接種の対象とならない方
- (2) 接種日に65歳以上の方で、心臓、じん臓、呼吸器機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に身体障害1級相当の障害のある方のうち、定期接種の対象とならない方

自己負担額 3,000円

※生活保護を受給している方、市民税非課税世帯の方、中国残留邦人等の支援給付を受給している方は自己負担金が免除されます。該当する方は「生活保護受給証明書」、最新の「介護保険料決定通知書」の写し（**保険料段階が1～3のもの**）、「支援給付受給証明書」などを、予診票と一緒に医療機関へ提出してください。

※上記の内容は、令和3年3月現在のものであり、法改正などにより変更となる場合がありますのでご注意ください。

接種意思の確認について

予防接種を受ける法的な義務はなく、本人が希望する場合に限り接種を行います。また、接種を受けるご本人に麻痺などがあって同意書に署名ができない場合や、正確な意思の確認が難しい場合などは、家族やかかりつけ医によって、特に慎重にご本人の接種意思の有無を確認してください。最終的にご本人の意思確認ができなかった場合は、接種を行うことができません。

肺炎球菌ワクチンの有効性について

肺炎球菌ワクチンは、肺炎球菌による感染症（気管支炎、肺炎、敗血症など）を予防するワクチンです。肺炎球菌には90種類以上の血清型があり、「ニューモバックスNP（23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）」は、そのうちの23種類の血清型に効果があります。この23種類の血清型は、成人の重症の肺炎球菌感染症の原因の約7割を占めるという研究結果があります。

予防接種を受けることができない方

- ①接種当日明らかに発熱（37.5℃以上）している方
- ②肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス NP）の接種を受けたことのある方
- ③重い急性疾患にかかっている方
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしないといけない方

- 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などの基礎疾患のある方
- ②過去に予防接種で、接種後2日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
- ③受ける予防接種の接種液の成分に対して、アレルギーを起こす恐れがある方
- ④過去にけいれん（ひきつけ）を起こした方
- ⑤過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方

肺炎球菌ワクチンによる副反応について

主な副反応は局所反応で、接種部位のかゆみ・痛み・腫れ・赤みが5%以上の確率で現れます。また、まれに、アナフィラキシー様反応、血小板減少、ギランバレー症候群、蜂巣炎などの重篤な副反応が現れることがあります。

予防接種後副反応報告書について

副反応が疑われる症状が現れた場合は、医師から国へ報告書を提出することとなっています。また、ご本人が市を通して国へ報告書を提出することも可能です。詳細や提出方法については、千葉市感染症対策課（043-238-9941）へご相談ください。

予防接種健康被害救済制度について

市の実施する予防接種により重篤な健康被害が発生した場合は、予防接種法や千葉県市町村予防接種事故補償等条例などに基づく救済措置を受けることができます。詳細や申請方法については、千葉市医療政策課（043-245-5207）へご相談ください。