

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費用助成の対象になりません。

## 【千葉市】高齢者肺炎球菌予防接種予診票

※太線の中を記入してください。

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

※接種日に65歳の方、または接種日に60歳～64歳の方で特定の障害のある方が対象です(裏面の注意事項をご確認ください)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、裏面記載の注意事項を読みましたか。(まだの方はご一読ください)		はい	
今までに肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP/プレベナー20)の予防接種を受けたことがありますか ※回答が「はい」の方は、定期予防接種の対象となりません。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む) 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	
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	
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	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは( )歳頃	はい	いいえ	
免疫不全と診断され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	

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 接種年月日 年 月 日	筋肉内注射 0.5ml	

(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 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 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）

**費用助成の対象となる方** 千葉市に住民票のある方で、以下（１）または（２）のいずれかに該当する方。

ただし、今までに肺炎球菌ワクチン（ニューモバックスNP/プレベナー20）の接種を受けたことがある方は、対象となりません。

- （１）接種日に**65歳**の方
- （２）接種日に60歳～64歳の方で、心臓、じん臓、呼吸器機能に身体障害1級の障害を有する方又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に身体障害1級の障害を有する方（予診票と一緒に身体障害者手帳の写しを医療機関に提出してください。）

**自己負担金** 6,000円 ※1

※1 生活保護を受給している方、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全額免除、市民税非課税世帯で介護保険料段階が第1～3段階の方は一部免除（半額）になります。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」の中にある「介護保険料算定の基礎」の写し（**保険料段階が第1～3段階のもの※2**）、「支援給付受給証明書」などを、接種当日に予診票と一緒に医療機関へ提出してください。**後から自己負担金を払い戻すことはできませんのでご注意ください。**

※2 市民税非課税世帯で「介護保険料決定通知書」がお手元にない方は、接種前に「予防接種自己負担金免除対象確認申請書兼同意書」を千葉市医療政策課へ提出することで、代わりに書類を交付いたします。（申請受理から交付まで2週間程度（土祝休日・年末年始を除く）かかります。）

※上記の内容は、令和8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

肺炎球菌には100種類以上の血清型があり、「プレベナー20（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン）」は、そのうちの20種類の血清型に効果があります。この20種類の血清型は、成人侵襲性肺炎球菌感染症（※）の原因の約5～6割を占めるという研究結果があります。 ※侵襲性感染症とは、本来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をいいます。

また、「プレベナー20（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン）」は、血清型に依らない侵襲性肺炎球菌感染症全体の3～4割程度を予防する効果があるという研究結果があります。

### 費用助成で予防接種を受けることができない方

- ①肺炎球菌ワクチン（ニューモバックスNP/プレベナー20）の接種を受けたことのある方
- ②接種当日明らかに発熱（37.5℃以上）している方
- ③過去にジフテリアトキソイドによって、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ④重い急性疾患にかかっている方
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した方

### 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接種液の成分やジフテリアトキソイドに対して、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
- ⑥血小板減少症または凝固障害のある方、凝固療法を受けている方

### 肺炎球菌ワクチンによる副反応について

接種部位の痛みや筋肉痛、疲労が30%以上の確率で現れます。また、頭痛・関節痛・紅斑が起こることもあります。まれに、アナフィラキシー様反応、痙攣、血小板減少性紫斑病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、千葉市医療政策課（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。詳細や提出方法については、千葉市医療政策課（043-245-5207）へご相談ください。