

帯状疱疹予防接種予診票(不活化・生)

	診察前の体温	度	分
住 所			
氏 名			男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日		
今日の帯状疱疹の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ()	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹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?	いいえ	はい	
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。 予防接種の種類 ()	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
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	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び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
-------	---

ワクチンロット番号	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」 皮下注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日	令和	年 月 日

帯状疱疹予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

带状疱疹の予防接種についての説明書

带状疱疹とは

带状疱疹は、過去に水痘にかかった時に体の中に潜伏した 水痘带状疱疹ウイルスが再活性化することにより、神経支配領域に沿って、典型的には体の左右どちらかに帯状に、時に痛みを伴う水疱が出現する病気です。合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「带状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。

带状疱疹は、70 歳代で発症する方が最も多くなっています。

対象となる方

- ① 年度内に 65 歳を迎える方
- ② 60～64 歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方。
- ③ 令和 7 年度から令和 11 年度までの 5 年間の経過措置として、その年度内に 70、75、80、85、90、95、100 歳（※）となる方も対象となります。

※ 100 歳以上の方については、令和 7 年度に限り全員対象となります。

带状疱疹ワクチンとは

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大微研：乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）、組換えワクチン（GSK 社：シングリックス）の 2 種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なっていますが、いずれのワクチンも、带状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められています。

	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK 社）
接種回数（接種方法）	1 回（皮下に接種）	2 回（筋肉内に接種）
接種スケジュール	—	通常、2 か月以上の間隔を置いて 2 回接種 ※病気や治療により、免疫の機能が低下したまたは低下する可能性がある方等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を 1 か月まで短縮できます。
接種できない方	病気や治療によって、免疫が低下している方は接種出来ません。	免疫の状態に関わらず接種可能です。
接種に注意が必要な方	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後 3 か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後 6 か月以上置いて接種してください。	筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方は注意が必要です。

その他に、接種前に発熱を呈している方、重篤な急性疾患に罹っている方、それぞれの予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな方等はいずれのワクチンをも接種出来ません。

また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方、予防接種を受けて 2 日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、けいれんを起こしたことがある方、免疫不全と診断されている方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方、带状疱疹ワクチン（生ワクチン、組換えワクチン）の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方等はいずれのワクチンについても接種に注意が必要です。

带状疱疹ワクチンの効果

		生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
带状疱疹に対するワクチンの効果（報告）	接種後1年時点	6割程度の予防効果	9割以上の予防効果
	接種後5年時点	4割程度の予防効果	9割程度の予防効果
	接種後10年時点	—	7割程度の予防効果

※ 合併症の一つである、带状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後3年時点で、生ワクチンは6割程度、組換えワクチンは9割以上と報告されています。

带状疱疹ワクチンの安全性

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
70%以上	—	疼痛*
30%以上	発赤*	発赤* 筋肉痛、疲労
10%以上	そう痒感*、熱感* 腫脹*、疼痛*、硬結*	頭痛、腫脹* 悪寒、発熱、胃腸症状
1%以上	発疹、倦怠感	そう痒感*、倦怠感、その他の疼痛

*ワクチンを接種した部位の症状 各社の添付文書より厚労省にて作成

他のワクチンとの同時接種・接種間隔

いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、生ワクチン（阪大微研）については、他の生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種してください。

接種を受けた後の注意点

ワクチンの接種後30分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。

注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありません。

当日の激しい運動は控えるようにしてください。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。

制度の利用を申し込む時は、予防接種を受けた時に住民票を登録していた市町村にご相談ください。

定期接種を受ける方法・費用

定期接種はお住まいの（住民票のある）市町村（特別区を含む）で実施されます。

接種を受ける場所や費用について、詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。