

# 小児用肺炎球菌予防接種

- **対象年齢** 生後2ヶ月～5歳に至るまで（5歳のお誕生日前日まで）
- **対象接種費用** 無料
- **実施場所** 個別予防接種医療機関一覧(別紙)
- **接種スケジュール**（接種の開始時期によって接種回数が変わります）



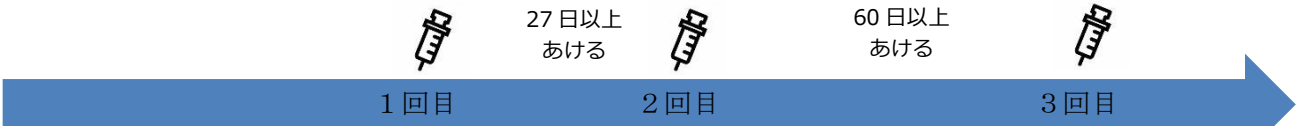
## ・接種開始が生後2～6ヶ月の場合（4回接種）



※3回目の接種は生後24月に至るまでに行う。ただし2回目の接種が生後12月を超えた場合、3回目の接種は行わないこと（4回目の接種は実施可能）

※追加接種（4回目）は生後12月に至った日以降に行うこと。

## ・接種開始が生後7～11ヶ月の場合（3回接種）



※2回目の接種は生後24月に至るまでに行う。それを超えた場合は行わないこと（3回目接種は実施可能）

※追加接種（3回目）は生後12月に至った日以降に行うこと。

## ・接種開始が1歳の場合（2回接種）



## ・接種開始が2～4歳の場合（1回接種）

### ●ワクチンの効果

ヒブワクチンと小児用肺炎球菌ワクチンを接種することによって、ヒブや肺炎球菌による重い感染症（細菌性髄膜炎、敗血症、菌血症、肺炎など）を予防することが期待されます。小児用肺炎球菌予防接種はこれまで任意予防接種でしたが、平成25年4月より定期予防接種となりました。

細菌性髄膜炎とは、脳を包む髄膜の奥にまで細菌が入り込んで炎症を引き起こす病気です。病気の始まりは発熱や吐き気など、風邪などと区別が付きにくく、血液検査でもあまり変化が出ません。症状が急速に悪化し、けいれんや意識障害が出て初めて診断がつくことが多く、早期の診断が大変難しい病気です。

しかも薬の効果がない菌（耐性菌）が増えている為に、死亡や脳障害・難聴・精神発達遅滞等の後遺症が残ってしまうことも多くあります。細菌性髄膜炎の約8～9割は、ヒブと肺炎球菌が原因で起こります。どちらの菌に対しても有効なワクチンがありますが、どちらの菌でかかるかはわかりませんので、細菌性髄膜炎の予防には、「ヒブワクチン」と「小児用肺炎球菌ワクチン」の両方のワクチン接種がより効果的です。

### ●ワクチンの副反応

小児用肺炎球菌ワクチンの国内臨床実験でみられた副反応は、注射部位の症状(赤み、しこり、はれ、痛みなど)、発熱(37.5℃以上)などで、これらは通常数日以内に自然に治るので心配はいりません。重い副反応として、非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー様症状、けいれん、脳炎、神経障害等が報告されています。

接種年月日			
電話番号			
接種する方の氏名		性別	男・女
接種する方の生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)	体温	度 分

## 小児用肺炎球菌予防接種予診票 第 回

※過去に小児用肺炎球菌ワクチンを接種したことがある方は、右の欄に接種日を記入して下さい。	1回目 (平成・令和 年 月 日)
	2回目 (平成・令和 年 月 日)
	3回目 (平成・令和 年 月 日)

①接種開始が生後2月～生後7月に至るまでの場合	初回3回は、生後24カ月までに完了すること。2回目の接種が生後12月を越えた場合、初回3回目の接種は行わないこと。
	追加接種の場合→前回の接種から60日以上の間隔になっているか、更に生後12月以降になっているか確認してください。
②接種開始が生後7月～生後12月に至るまでの場合	初回2回は、生後24カ月までに完了することになっています。
	追加接種の場合→前回の接種から60日以上の間隔になっているか、更に生後12月以降になっているか確認してください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種についてうるま市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( )g 分娩時に異常がありましたか。 出生時に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状 ( )	はい	いいえ	
4	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
6	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
7	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか。病名 ( )	はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい	いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃	はい	いいえ	
	そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
9	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	
10	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。	はい	いいえ	
11	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 ( )	はい	いいえ	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
13	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。	はい	いいえ	
14	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄:

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施 できる ・ 見合わせた方がよい ) と判断します。

保護者に対して、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、説明をしました。

医師署名

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) \*かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

このことを理解のうえ、本予診票がうるま市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	接種医師及び接種医療機関
ワクチン名	皮下接種 0.5ml	実施場所:
Lot No.	接種部位: 上腕伸側部	医師名:
(注)期限が切れていないか確認	( 右 ・ 左 )	

