

带状疱疹予防ワクチンについて

■ 带状疱疹とは

带状疱疹は水ぶくれを伴う赤い発疹が体の左右のどちらかに、帯状に出る皮膚の疾患です。強い痛みを伴うことが多く、症状は 3～4 週間ほど続きます。子どものころにかかった水痘（みずぼうそう）ウイルスが体の中で長期間潜伏感染し、免疫が低下した際などに「带状疱疹」として発症します。周囲の人に带状疱疹としてうつることはありませんが、これまで水痘にかかったことがない小児等には水痘を発症させる可能性があります。

日本では、80 歳までに約 3 人に 1 人が発症するといわれています。また、皮膚症状が治った後も、50 歳以上の 2 割の方は長い間痛みが残る「带状疱疹後神経痛（PHN）」になる可能性があります。PHN には根本的な治療方法がなく、何か月、ときには何年も強い痛みが残ってしまうことがあります。痛みがひどい場合には、神経の周りに局所麻酔薬を直接注射する「神経ブロック」が選択されることもあります。带状疱疹の発症部位によっては、角膜炎等による視力低下や失明、Ramsay-Hunt 症候群（耳介部の水疱形成、顔面神経麻痺、難聴、めまい）といった合併症があります。

■ 带状疱疹予防ワクチンについて

带状疱疹予防ワクチンは、現在 2 つの製品（ビケン、シングリックス）があります。どちらか希望するワクチンを接種できます。効果や接種対象などに違いがありますので、必ず医師にご相談ください。

なお、定期接種において带状疱疹予防ワクチンが接種できるのは、生涯 1 度のみです。

■ 予防接種を受けることができない方

1. 明らかに発熱（通常 37.5℃以上）がある方
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかである方
3. 過去に带状疱疹ワクチンの成分によって、アナフィラキシー（接種後約 30 分以内に起こる呼吸困難などのひどいアレルギー反応）を起こしたことがある方
4. 【生ワクチン接種希望の方】妊娠している、または妊娠している可能性がある方
5. 【生ワクチン接種希望の方】先天および後天性免疫不全、または免疫抑制状態の方
6. その他、医師が不適当な状態と判断した方

■ 予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患がある方
2. 予防接種後 2 日以内に発熱したことがある方、または全身性発疹などのアレルギーを疑う症状になったことがある方
3. 带状疱疹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方
4. 過去にけいれんを起こしたことがある方
5. 過去に免疫不全の診断を受けている方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
6. 【不活化ワクチン接種希望の方】血小板が少ない方、または出血しやすい方
7. 【不活化ワクチン接種希望の方】授乳中の方、妊娠している、または妊娠している可能性がある方

■ 他ワクチンとの接種間隔

種類	新型コロナワクチン	生ワクチン	不活化ワクチン※
生ワクチン	制限なし	27 日以上	制限なし
不活化ワクチン	制限なし	制限なし	制限なし

※ 高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌予防接種は不活化ワクチンです。

■ 予防接種による健康被害救済制度について【定期予防接種】

定期予防接種によって引き起こされた副反応により、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく給付を受けることができます。健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料等の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。

（注意）予防接種後に高熱やけいれん等の症状があった場合や、給付申請の必要が生じた場合は、すみやかに医師の診察を受け、下記お問い合わせ先までお知らせください。

厚生労働省：[予防接種健康被害救済制度](#)

【定期接種】安平町带状疱疹予防接種予診票

(1枚目/2枚)

下の太枠内に接種される方の情報を記入してください。

住所	町	丁目	番	号
フリガナ		性別	電話番号	() ー
接種を受ける方		生年月日	(西暦)	年 月 日
	※自署ができない方の場合、家族などの代理者が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載		続柄	

下の太枠内の質問に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 「【定期接種】安平町带状疱疹予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか。	いいえ (はい)	
2 今日の带状疱疹ワクチンの効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ (はい)	
3 今日の带状疱疹ワクチンの予防接種は、1回目ですか。	いいえ (はい)	
4 現在、何か病気にかかっていますか。病名 () 治療 (投薬など) を受けていますか。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。	はい (いいえ)	
5 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名 ()	はい (いいえ)	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名 () 接種日 (/)	はい (いいえ)	
7 これまでに先天性異常、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)	
8 現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。 (注) 免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません。	はい (いいえ)	
9 けいれんを起こしたことがありますか。() 歳頃	はい (いいえ)	
10 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい (いいえ)	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい (いいえ)	
12 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。予防接種名 ()	はい (いいえ)	
13 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。※	はい (いいえ)	
14 (女性の方) 現在授乳中ですか。妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。 (注) 妊娠中の方は生ワクチンを接種することができません。また、接種2か月間は避妊が必要です。	はい (いいえ)	
15 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 (**実施できる** ・ **見合わせたほうがよい**) と判断します。
被接種者に対して、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基づく救済について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

本人署名欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解したうえで、接種を希望しますか。
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。 (**接種を希望します** ・ **接種を希望しません**)
このことを理解の上、本予診票が安平町に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日 被接種者署名

医療機関記入欄	接種量	0.5ml	医療機関名	接種ワクチン
	接種部位	【生ワクチン】皮下注射 (左・右)	住所	
		【不活化ワクチン】筋肉内注射 (左・右)	電話番号	
Lot No.	(注)有効期限が切れていないか要確認	接種年月日	接種医師名	生ワクチン / 不活化ワクチン (1回目) (西暦) 年 月 日

※ (注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3~6か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

1 回目に生ワクチンを接種した方は、この問診票を破棄してください。

【定期接種】安平町带状疱疹予防接種予診票

(2 枚目/2 枚)

下の太枠内に接種される方の情報を記入してください。

住所	町	丁目	番	号
フリガナ		性別	電話番号	()
接種を受ける方		生年月日	(西暦)	年 月 日
	※自署ができない方の場合、家族などの代理者が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載	続柄		
これまでの接種歴	1 回目接種	(西暦)	年 月 日	※今日の予防接種が、1 回目接種から、少なくとも 2 か月間隔があいていること、及び、接種から 6 か月以内であることを確認

下の太枠内の質問に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 「【定期接種】安平町带状疱疹予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか。	いいえ はい	
2 今日の带状疱疹ワクチンの効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ はい	
3 1 回目の带状疱疹ワクチン予防接種は、不活化ワクチン（筋肉内注射）でしたか。	いいえ はい	
4 現在、何か病気にかかっていますか。病名 () 治療（投薬など）を受けていますか。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。	はい いいえ	
5 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか。病名 ()	はい いいえ	
6 1 か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名 () 接種日 (/)	はい いいえ	
7 これまでに先天性異常、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	
8 現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。 (注) 免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません。	はい いいえ	
9 けいれんを起こしたことがありますか。() 歳頃	はい いいえ	
10 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい いいえ	
12 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。予防接種名 ()	はい いいえ	
13 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。※	はい いいえ	
14 (女性の方) 現在授乳中ですか。妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。 (注) 妊娠中の方は生ワクチンを接種することができません。また、接種 2 か月間は避妊が必要です。	はい いいえ	
15 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 (**実施できる** ・ **見合わせたほうがよい**) と判断します。
被接種者に対して、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基づく救済について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

本人署名欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解したうえで、接種を希望しますか。
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。(**接種を希望します** ・ **接種を希望しません**)
このことを理解の上、本予診票が安平町に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日 被接種者署名

医療機関記入欄	接種量	0.5ml	医療機関名	
	接種部位	【不活化ワクチン】 筋肉内注射 (左 ・ 右)	住所	
	Lot No.	(注) 有効期限が切れていないか要確認	電話番号	
			接種医師名	
			接種ワクチン	不活化ワクチン (2 回目)
			接種年月日	(西暦) 年 月 日

※ (注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A 型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を 3 ~ 6 か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。