

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送しています。(接種時【要】持参)
※紛失している場合は、接種対象者からの再発行申請が必要です。

資料②-1

2025年度高齢者带状疱疹予防接種接種済証兼接種歴管理票

2025年度(令和7年度) 高齢者带状疱疹予防接種 予防接種済証兼接種歴管理票

住 所	
名 前	
生年月日	

「予防接種済証」の欄は、接種を実施した医療機関において記入を行ってください。

【予防接種済証】 高齢者带状疱疹予防接種

広島県福山市長

● 1回目

ワクチンの種類	生ワクチン	組換えワクチン
接 種 年 月 日		
ワクチンメーカー名		
ワクチンロット番号		
実施医療機関名		

1回目の接種終了後、記入をお願いします。

・ワクチンの種類の欄は接種したワクチンの種別を○で囲んでください。

・1回目の接種で生ワクチンを接種した場合、2回目の欄を斜線で消すなどし、2回目の接種はない旨を説明してください。

● 2回目 (1回目に組換えワクチンを接種している場合にのみ接種可能)

ワクチンの種類	組換えワクチン
接 種 年 月 日	
ワクチンメーカー名	
ワクチンロット番号	
実施医療機関名	

2回目の接種終了後、記入をお願いします。

・接種前に1回目の接種が「組換えワクチン」であることを必ず確認してください。

※ この予防接種済証兼接種歴管理票は予防接種を受ける時には必ず持参し、接種後は大切に保管してください。

※ 1回目に生ワクチンを接種した場合は接種終了です。2回目の接種はありません。

※ 予防接種済証の欄は、接種した医療機関で記入されます。

※ 紛失した場合は、福山市に再発行の申請をしてください。

- 接種時には、必ず被接種者に提示を求め、対象者であること及び**接種歴を確認**してください。
- 接種歴については、本書類に加え、予診票・診療録・本人への聞き取りでも確認してください。
- 接種済証欄を記入後、原本は被接種者へ返却してください。
- 接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れている場合は、原則として接種を行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。
- 紛失している場合は、被接種者に対し福山市に再発行の申請を行うよう説明してください。

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送しています。(接種時【要】持参)
※紛失している場合、本市HPからダウンロードして印刷したものも使用可能です。

資料②-2

2025年度高齢者带状疱疹予防接種予診票

2025年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票			診察前の体温		度		分	
住 所	福山市			電話 (		— —)		
名 前	(フリガナ)					男 ・ 女		
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)							
※次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。 ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」 ② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1〜3段階に限る) ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの) ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時時点で、有効であるもの) 番号記入欄								
質 問 事 項				回 答 欄		医師記入欄		
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。				はい いいえ				
(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・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。				① ②				
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「ビケン」(生ワクチン)				接種日				
				年 月 日				
今日の带状疱疹の予防接種について、医療機関に置い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 ()				はい いいえ				
治療(投薬など)を受けていますか。				はい いいえ				
その病気の主治医には、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				
免疫不全と診断されたことがありますか				はい いいえ				
(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。								
今日、体に具合の悪いところがありますか。				はい いいえ				
具合の悪い症状を書いてください。()								
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。				はい いいえ				
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。				はい いいえ				
予防接種の種類 ()								
ひきつけ(けいれん)を起こし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。予防接種の種類 ()				はい いいえ				
心臓病、じん臓病、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。				はい いいえ				
病名 ()								
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。				はい いいえ				
病名 ()								
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。				はい いいえ				
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) *どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、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 印						
該当する場合に ☒		☐ 60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。						
带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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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 ・ 希望しません) *どちらかを○で囲む。				
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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。				本人署名				
				※必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)				
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反することなく、本人署名欄に本人の署名を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。				代筆者名前		続柄		
ワクチン名・ロット番号		接種方法・接種量		実施医療機関名・医師名・接種年月日				
ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認		シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射 0.5ml		実施医療機関名 医 師 名 接 種 年 月 日 年 月 日				
※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。								

証明書確認項目欄の記入例

2025年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	電話 (	—	—)
名 前	(フリガナ)		男	女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)
*次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他の公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。				
① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」 ② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1～3段階に限る) ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの) ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時時点で、有効であるもの)				
質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ	
(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・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。		①	②	
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)		接種日		
今日の带状疱疹の予防接種について、医療機関に置い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 ()		はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。		はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。		はい	いいえ	
(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。				
今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()				
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。		はい	いいえ	
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。		はい	いいえ	
予防接種の種類 ()				
ひきつけ(けいれん)を起こし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。予防接種の種類 ()		はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、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。		はい	いいえ	
病名 ()				
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。		はい	いいえ	
病名 ()				
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。		はい	いいえ	
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) *どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、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			
該当する場合に	☒ 60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。			
带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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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・希望しません) *どちらかを○で囲む。		
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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。		本人署名		
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反することなく、本人署名欄に「本人の署名」を代筆者の署名し、右欄に代筆者の氏名及び本人との続柄を記載してください。		※必須(代理人による代筆者の場合も含む)		
		代筆者名前	続柄	
ワクチン名・ロット番号	接種方法・接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	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 0.5ml	実施医療機関名 医師名 接種年月日		
		年 月 日		

被接種者より、次のいずれかの書類の提示、又は確認ができた場合は、「番号記入欄」に該当の番号を記入してください。

・市民税非課税の「証明書(医療機関用)」
...①を記入

・「介護保険料決定通知書」、又は「特別徴収額決定通知書」
...②を記入

・「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
...③を記入

・中国残留邦人等の支援給付受給者に係る、写真付きの「本人確認証」
...④を記入

・生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」
...⑤を記入

※証明書の年度及び有効期限の確認をお願いします。

●各証明書(原本又はコピー)を保健予防課へ提出する必要はありません。「番号記入欄」への記入を確実にお願いします。

●原本は被接種者へ返却してください。高齢者带状疱疹予防接種時に取得した証明書を、高齢者肺炎球菌等他のB類定期接種に再度利用していただくことができます。

※肺炎球菌・带状疱疹の予防接種については、接種対象年齢にご注意ください。

予診票記入例（対象者本人が署名する場合）

2025年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	電話 (	-	-)
名 前	(フリガナ)		男	女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)
※次の書類により市民であることを確認してください。①市民税・住民税決定通知書 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。				
① 市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」 ② 介護保険料決定通知書（又は特別徴収額決定通知書）（所得段階が1～3段階に限る） ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」（接種日時点で、有効であるもの） ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」（接種日時点で、有効であるもの）				
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄	
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ		
（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・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。	①	②		
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）	接種日			
今日の带状疱疹の予防接種について、医療機関に置い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（	はい	いいえ		
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ		
その病気の主治医には、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		
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ		
（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				
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ		
具合の悪い症状を書いてください。（	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		
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。	はい	いいえ		
予防接種の種類（	はい	いいえ		
ひきつけ（けいれん）を起こし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。予防接種の種類（	はい	いいえ		
心臓病、じん臓病、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。	はい	いいえ		
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。	はい	いいえ		
病名（	はい	いいえ		
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。	はい	いいえ		
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）※どちらかを○で囲む。本人に対して、予防接種の効果や目的、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。			
該当する場合に	医師署名又は記名押印			
□60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。				
带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）	接種を（希望します・希望しません）※どちらかを○で囲む。			
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などについて理解した上で、接種を希望しますか。	本人署名			
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。	※必須（代理人による代筆記名の場合も含む）			
このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。	代筆者名前			
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反することなく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。	続柄			
ワクチン名・ロット番号	接種方法・接種量		実施医療機関名・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No.	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	実施医療機関名 医 師 名	接種年月日
シール貼付可 有効期限を確認	0.5ml		年	月 日

接種時の体温を記入

接種時に対象者が記入

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名（直筆）
又は
記名ゴム印＋朱印

対象者が該当する方を○で囲む。

対象者が署名（直筆）

接種後に医療機関で記入
なお、ワクチン名・Lot No.については、シールの貼付可
また、接種した方のワクチンを○で囲む。

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

2025年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	電話（	—	—
名 前	（フリガナ）		男	女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生（満 歳）

※次の書類により市民であることを確認してください。①市民税・住民税決定通知書 ②介護保険証 ③マイナンバーカード ④免許証 ⑤その他公的書類
福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

① 市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」
② 介護保険料決定通知書（又は特別徴収額決定通知書）（所得段階が1～3段階に限る）
③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」（接種日時時点で、有効であるもの）
⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」（接種日時時点で、有効であるもの）

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄	
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ		
（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・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。	① ②		
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「ビケン」（生ワクチン）	接種日 年 月 日		
今日の带状疱疹の予防接種について、医療機関に置い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（ ）	はい いいえ		
治療（投薬など）を受けていますか。	はい いいえ		
その病気の主治医には、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		
免疫不全と診断されたことがありますか	はい いいえ		
（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			
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ		
具合の悪い症状を書いてください。（ ）			
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。	はい いいえ		
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。	はい いいえ		
予防接種の種類（ ）			
ひきつけ（けいれん）を起こし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。予防接種の種類（ ）	はい いいえ		
心臓病、じん臓病、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。	はい いいえ		
病名（ ）			
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。	はい いいえ		
病名（ ）			
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。	はい いいえ		
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）※どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、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。		
該当する場合に	☒ 60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。 ☐ 医師署名又は記名押印		

带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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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・希望しません）※どちらかを○で囲む

本人署名

※必須（代理人による代筆記名の場合も含む。）

代筆者名前 続柄

※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反することなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。

ワクチン名・ロット番号	接種方法・接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名 接 種 年 月 日 年 月 日

※この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 様式-2025.2.28

接種時の体温を記入

接種時に代筆者が対象者の情報・状態を記入

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名（直筆）
又は
記名ゴム印＋朱印

代筆者が対象者の意思を確認し、該当する方を○で囲む。

代筆者が対象者の名前を記入

代筆者が代筆者自身の名前を記入。
また、対象者からみた代筆者の続柄を記入接種後に医療機関で記入
なお、ワクチン名・Lot No.については、シールの貼付可
また、接種した方のワクチンを○で囲む。

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送しています。
※本市HPからダウンロードして印刷いただくことも可能です。

2025年度高齢者带状疱疹予防接種説明書

高齢者带状疱疹予防接種について

----- 予防接種を受ける前に読んでください -----

1 どんな病気でしょうか

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、時に痛みを伴う水痘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歳代で発症する人が最も多くなっています。

2 ワクチン接種について

(1) 定期接種の対象者

- ① 年度内に65歳を迎える人
- 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がいがあり日常生活がほとんど不可能な人
- ③ 2025年度（令和7年度）から2029年度（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（※）となる人も対象となります。
※ 100歳以上の人については、2025年度（令和7年度）に限り全員対象となります。

(2) ワクチンの種類・接種間隔等

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。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 ※病氣や治療により、免疫の機能が低下し又は低下する可能性がある人等は、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。
接種できない人	病氣や治療によって、免疫が低下している人は接種できません。	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人	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた人は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた人は治療後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がい有する人、抗凝固療法を実施されている人は注意が必要です。

その他に、接種前に発熱を呈している人、重篤な急性疾患に罹っている人、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人等はいずれ

れのワクチンも接種できません。

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人、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を起こすおそれのある人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。

(3) 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	6割程度の予防効果	9割以上の予防効果
（報告）	接種後5年時点	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。

3 带状疱疹ワクチンの副反応

ワクチン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

4 予防接種による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（病気になるったり障がい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。給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師及び保健所保健予防課にご相談ください。

5 受けるにあたって

- (1) 接種場所です必ず体温を測定し、診察を受けてから接種します。
- (2) 予診票は接種してもらう医師への大切な情報です。責任をもつて記入してください。
- (3) 注射した部位を清潔に保つようしてください。また、接種当日は、激しい運動や深酒はさけてください。接種当日の入浴は問題ありません。

※ 接種直後から30分程度は安静にし、体調の変化に注意してください。体調に異常を感じた場合は、すぐに医療機関に連絡してください。

【問い合わせ先】

福山市保健所 保健予防課 電話（084）928-1127

2025.3.21