

自願接種用（成人）
任意接種用(成人)

21 价肺炎球菌结合疫苗
(CAPVAXIVE®)
预防接种 预诊单
21 価肺炎球菌結合型ワクチン
(キャップボックス®)
予防接種 予診票



生产销售商 [资料索取处]

MSD 株式会社

邮编 102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北之丸 Square

<https://www.msd.co.jp/>

製造販売元[資料請求先]

MSD 株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア

<https://www.msd.co.jp/>

MSD 客户支持中心
MSD カスタマーサポートセンター

医务人员 (MSD 全线产品) 0120-024-961

(疫苗专线) 0120-024-797

受理时间: 9:00~17:30 (周六日、节假日、本公司休息
日除外)

医療関係者の方 (MSD 製品全般) 0120-024-961

(ワクチン専用) 0120-024-797

受付時間: 9:00~17:30(土日祝日・当社休日を除く)

21 价肺炎球菌结合疫苗 (CAPVAXIVE®) 受种者须知

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)を接種される方へ

在实施 21 价肺炎球菌结合疫苗 (CAPVAXIVE®) 的接种时, 我们需要充分了解受种者的健康状态。因此, 请务必阅读以下有关 21 价肺炎球菌结合疫苗 (CAPVAXIVE®) 的信息。另请尽可能详细地填写附页的预诊单。如本人难以亲自填写, 则请代理人代为填写。需要说明的是, 如无法确认受种者的接种意愿, 将无法进行接种, 敬请谅解。

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)の接種を実施するにあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の 21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)に関する情報を必ずお読みください。また、別紙の予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。ご自身での記入が難しい場合は、代理の方がご記入ください。なお、接種を受ける方の接種希望確認ができない場合は接種できませんのでご了承ください。

● 疫苗的效果与不良反应 ワクチンの効果と副反応

21 价肺炎球菌结合疫苗 (CAPVAXIVE®) 适用于 50 岁及以上的成人或肺炎球菌感染性疾病患病风险高的成人接种。接种该疫苗中含有的 21 种肺炎球菌血清型抗原后, 可产生针对 22 种肺炎球菌的抗体, 有望预防由这些种类的肺炎球菌引起的感染。

临床试验中观察到的主要不良反应为注射部位的局部反应 (疼痛、发红、肿胀)、头痛、肌痛、疲劳和发热。极少数情况下, 可能会出现休克、速发严重过敏反应等严重的过敏反应。

如有任何异常, 请立即告知医生。

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)は 50 歳以上の成人又は肺炎球菌による疾患に罹患するリスクが高いと考えられる成人に接種するワクチンです。このワクチンに含まれる 21 種類の肺炎球菌血清型抗原の接種により、22 種類の肺炎球菌に対する抗体ができ、これらの種類の肺炎球菌による感染症の予防が期待できます。臨床試験でみられた主な副反応は、注射部位の局所反応(痛み、赤み、腫れ)、頭痛、筋肉痛、疲労、発熱でした。非常にまれですがショック、アナフィラキシーを含む重いアレルギー反応があらわれることがあります。何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。

● 不能接受预防接种的人群 予防接種を受けることができない人

1. 已明确曾对该疫苗的成分或白喉类毒素出现过重度过敏反应 (速发严重过敏反应等) 者
2. 有明显发热 (一般是体温不低于 37.5℃ 的情况) 者
3. 已明确患有严重急性疾病者
4. 除上述外, 其他经医生判断不适合接受预防接种者

1. このワクチンの成分又はジフテリアトキソイドに対する重度のアレルギー(アナフィラキシー等)を呈したことがあることが明らかな方
2. 明らかな発熱(通常 37.5℃ 以上)を呈している方
3. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
4. 上記に掲げる方のほか、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

● 接受预防接种前需咨询医生的人群 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

1. 曾被诊断为免疫缺陷者，以及近亲有先天性免疫缺陷者
 2. 患有心血管系统疾病、肾脏疾病、肝脏疾病、血液疾病及发育障碍等基础疾病者
 3. 预防接种后 2 日内出现过发热者，以及出现过全身性皮疹等疑似过敏症状者
 4. 有惊厥史者
 5. 可能对包括白喉类毒素在内的本疫苗成分出现过敏反应者
 6. 血小板减少症、凝血功能障碍患者、正在进行抗凝治疗的患者
 7. 孕妇或可能妊娠的女性，或哺乳期妇女
1. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
 2. 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等の基礎疾患のある方
 3. 予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
 4. 過去にけいれんの既往のある方
 5. ジフテリアトキソイドを含む本ワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
 6. 血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している方
 7. 妊婦又は妊娠している可能性のある方、または授乳中の方

● 与其他疫苗同时接种 他のワクチンとの同時接種

如果医生认为有必要，则可与其他不同种类的疫苗同时接种。

医師が必要と認めた場合には、他の異なる種類のワクチンと同時に接種することができます。

● 疫苗接种后的注意事项 ワクチン接種後の注意

1. 接种后 30 分钟内可能会发生休克和速发严重过敏反应，因此请在医疗机构留观，以确保能及时与医生取得联系。
 2. 接种当天请避免剧烈运动。注意保持接种部位清洁。接种当天可沐浴。但请勿揉搓接种部位。
 3. 接种后请注意自身的健康管理，如发现高热、惊厥等身体状况的变化，或其他局部的异常反应（接种部位明显肿胀等），请立即就医。
1. 接種後 30 分間はショックやアナフィラキシーがおこることがありますので、医療機関にいるなどして、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
 2. 接種当日は激しい運動を避けてください。また、接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差支えありません。ただし接種した部位をこすらないでください。
 3. 接種後は自らの健康管理に注意し、高熱やけいれんなど体調の変化や、その他局所の異常反応(接種部位の腫れが目立つなど)に気づいた場合は、ただちに医師の診療を受けてください。

予定接種日 接種予定日	月 日 () 月 日 () です 天请于 点 分左右来柜台挂号。 当日は受付に 時 分頃おこし下さい。	医疗机构名称 医療機関名	
------------------------	---	-------------------------	--

[参考]

因接种肺炎球菌疫苗而发生健康损害时，视情况可依据“药品不良反应损害救济制度”领取治疗费等。详情请浏览独立行政法人医药品医疗器械综合机构的主页等。

[药品不良反应损害救济制度]

这是一项医疗费用、医疗补贴、残障年金等的给付制度，以期救济那些尽管合理用药，但因不良反应受到了健康损害，且所致疾病和残疾等严重到需要住院治疗的人。此类情况需要提供医生的诊断书、用药证明等材料。关于救济给付的申请，请先咨询医药品医疗器械综合机构。

联系方式如下。

独立行政法人 医药品医疗器械综合机构 药品不良反应损害救济制度咨询窗口
电话：0120-149-931（免费电话）

[参考]

肺炎球菌ワクチンの接種により健康被害が発生した場合には、「医薬品副作用被害救济制度」により治療費等が受けられる場合があります。
詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

[医薬品副作用被害救济制度]

医薬品を適正使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用被害救済制度相談窓口

電話:0120-149-931(フリーダイヤル)

URL:https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

21 价肺炎球菌结合疫苗（CAPVAXIVE®）预防接种 预诊单

21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)予防接種 予診票

有意接種者：请填写粗框 内的内容，请勿遗漏。

接種を希望される方へ：太枠内 の箇所にもれなくご記入ください。

		診察前の体温 診察前の体温		度 度 分	
住址 住所	邮编 〒	- -		电话号码 電話番号	() () -
(注音假名) 接受预防接种者的姓名 (フリガナ) 予防接種を受ける人の 氏名	()	男・女 男・女	代理人(家属等)的 姓名 代理人(家族など)の 氏名		
出生日期 生年月日	年 年	月 月	日生 日生	(満 (満	岁) 歳)

问题 質問事項	回答栏 回答欄		医生填写栏 医師記入欄
关于今天要进行的预防接种，您是否已阅读并理解了知情告知页（《21 价肺炎球菌结合疫苗（CAPVAXIVE®）受种者须知》）的内容？ 今日受ける予防接種について、説明文(『21 価肺炎球菌結合型ワクチン(キャップボックス®)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか？	是 はい	否 いいえ	
最近 1 个月内是否接受过预防接种？（预防接种的类型： 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか？(予防接種の種類：	是 はい	否 いいえ	
以前是否接种过肺炎球菌疫苗？ 過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか？ ○ 疫苗名称和接种日期（疫苗名称： ○ ワクチンの名前・時期(ワクチン名：	是 はい	否 いいえ	
今天身体是否有不适？ 今日、体の具合の悪いところがありますか？ ○ 请填写具体的症状（ ○ 具体的な症状を書いてください(	是 はい	否 いいえ	
您现在是否患有何疾病？ 現在、何か病気にかかっていますか？ ○ 疾病名称（ ○ 病名(	是 はい	否 いいえ	
您是否因该疾病正在接受治疗（用药等）？ その病気で治療(投薬など)を受けていますか？ ○ 药物名称和种类（ ○ 薬の名前・種類(	是 はい	否 いいえ	
您是否患有心脏、血管、血液、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷等疾病，并接受过医生的诊察？ 心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか？ ○ 疾病名称（ ○ 病名(	是 はい	否 いいえ	
最近一个月内是否有发热或生病？ 最近 1 ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ ○ 疾病名称（ ○ 病名(	是 はい	否 いいえ	
是否曾因药物或食品引发皮肤皮疹或荨麻疹，或者身体不适？ 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？	是 はい	否 いいえ	
是否发生过痉挛（惊厥）？ ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	是 はい	否 いいえ	
以前是否有过预防接种后身体不适的情况？ 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？ ○ 预防接种的名称（ ○ 予防接種の名前(	是 はい	否 いいえ	

是否对今天的预防接种有疑问？ 今日の予防接種について質問がありますか？	是 はい	否 いいえ	
--	---------	----------	--

医生填写栏 医師記入欄
根据以上问诊和预诊的结果，判断今天的预防接种（可以实施・宜推迟）。 我已向受种者本人（或其家属等代理人）说明预防接种的效果、不良反应以及基于医药品医疗器械综合机构法的救济。 医生签名或签字盖章（ ） 以上の問診及び予診の結果、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。 本人(またはその家族などの代理人)に対し、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師署名または記名押印()

受种者本人（或其家属等代理人）填写栏 本人(またはその家族などの代理人)記入欄
我已接受医生的诊察和说明，并理解了预防接种的效果、不良反应以及基于医药品医疗器械综合机构法的救济。 是否同意上述内容并愿意接种？（是 ・ 否） 受种者本人（或其家属等代理人）签名 [（如为代签人：与本人的关系 ）] 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解しました。 以上の内容に同意し、接種を希望しますか。(はい ・ いいえ) 本人(またはその家族などの代理人)の署名[(代筆者の場合:続柄)]

所用疫苗名称 使用ワクチン名	接种方式 接種経路	实施地点、医生姓名、接种日期 実施場所・医師名・接種年月日
名称：CAPVAXIVE®肌内注射液 生产商名称：MSD 株式会社 生产编号： 名称:キャップボックス®筋注シリンジ メーカー名 :MSD 株式会社 製造番号：	肌内注射 （接種量：0.5ml） 筋肉内注射 (接種量:0.5 mL)	医疗机构名称： 医生姓名： 接种日期：年 月 日 医療機関名： 医師名： 接種年月日：年 月 日

本预诊单的目的是确保预防接种的安全性。您所填写的个人信息将仅用于预防接种相关的预诊。
 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。記入いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。