

임의 접종용 (성인)
任意接種用(成人)

21 가 폐렴구균 접합백신
(캡백시브®)
예방접종 예진표
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



제조 판매원[자료 청구처]

MSD 주식회사

우편번호 102-8667 도쿄도 지요다구 구단키타 1-13-12 기타노마루
스퀘어

<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 고객지원센터

MSD カスタマーサポートセンター

의료관계자 여러분 (MSD 제품 전반) 0120-024-961
0120-024-961

(백신 전용) 0120-024-7970120-024-
797

접수 시간: 9:00~17:30(토·일·국경일, 당사 휴일은
제외한다)

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 가 폐렴구균 접합백신(캡백시브®)을 접종하시는 분께 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

21 가 폐렴구균 접합백신(캡백시브®)의 접종을 실시함에 있어서 접종을 받는 분의 건강 상태를 잘 파악할 필요가 있습니다. 그러므로 아래의 21 가 폐렴구균 접합백신(캡백시브®)에 관한 정보를 반드시 읽어 주십시오. 또한 별지의 예진표에는 가능한 한 자세하게 기입해 주십시오. 본인이 기입하기 어려운 경우에는 대리인께서 기입해 주십시오. 또한 접종을 받을 분의 접종 희망 의사가 확인되지 않는 경우에는 접종을 받을 수 없으므로 양지하여 주시기 바랍니다.

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。

● 백신의 효과와 부작용 ワクチンの効果と副反応

21 가 폐렴구균 접합백신(캡백시브®)은 50 세 이상의 성인 또는 폐렴구균에 의한 질환에 걸릴 위험이 높다고 생각되는 성인에게 접종하는 백신입니다. 이 백신에 포함되는 21 종류의 폐렴구균 혈청형 항원을 접종함으로써 22 종류의 폐렴구균에 대한 항체가 생겨, 이러한 종류의 폐렴구균에 의한 감염증의 예방이 기대됩니다.

임상시험에서 나타난 주된 부작용은 주사 부위의 국소 반응(통증, 발적, 붓기), 두통, 근육통, 피로, 발열 등이었습니다. 매우 드물게 쇼크, 아나필락시스를 포함한 심각한 알레르기 반응이 나타나는 경우가 있습니다.

어떠한 이상이 확인된 경우에는 즉시 의사에게 말씀해 주십시오.

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。

● 예방접종을 받을 수 없는 분 予防接種を受けることができない人

1. 이 백신의 성분 또는 디프테리아 독소이드에 대한 심각한 알레르기(아나필락시스 등)가 발생한 적이 있는 것이 명확한 분
2. 명확한 발열(통상 37.5°C 이상)이 있는 분
3. 위독한 급성질환에 걸린 것이 명확한 분
4. 위에 기재된 분 이외에 의사가 예방접종을 받는 것이 부적절하다고 판단한 분

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°C 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

● 예방접종을 받을 때, 의사의 상담이 필요한 분 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

1. 과거에 면역결핍증의 진단을 받은 분 및 가까운 친척 중에 선천성 면역결핍증에 걸렸던 사람이 있는 분
 2. 심장혈관계 질환, 신장질환, 간장질환, 혈액질환 및 발육장애 등의 기초질환이 있는 분
 3. 예방접종 접종 후 2 일 이내에 열이 난 분 및 전신성발진 등의 알레르기가 의심되는 증상을 보인 적이 있는 분
 4. 과거에 경련의 기왕증이 있는 분
 5. 디프테리아 독소이드를 포함하는 본 백신의 성분 에 대해서 알레르기를 보일 우려가 있는 분
 6. 혈소판감소증, 응고 장애가 있는 분, 항응고 요법을 받고 있는 분
 7. 임부 또는 임신 가능성이 있는 분, 또는 수유 중인 분
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

● 다른 백신과의 동시 접종 他のワクチンとの同時接種

의사가 필요하다고 인정한 경우에는 다른 종류의 백신과 동시에 접종할 수 있습니다.

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。

● 백신 접종 후의 주의사항
ワクチン接種後の注意

1. 접종 후 30 분간은 쇼크나 아나필락시스가 일어날 수도 있으므로 의료기관에 머무르는 등, 의사와 즉시 연락을 취할 수 있도록 합시다.

2. 접종 당일은 심한 운동을 삼가 주십시오. 또한 접종 부위는 청결하게 유지합시다. 접종 당일에는 목욕을 해도 괜찮습니다. 단 접종한 부위를 문지르지 마십시오.

3. 접종 후에는 스스로 건강 관리에 주의하고, 고열과 경련 등 몸상태의 변화 및 기타 국소적인 이상 반응(접종 부위가 눈에 띄게 붓는 경우 등)이 있을 경우에는 즉시 의사의 진료를 받으십시오.
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。

接種 予定 日	월 月	일 日()입니다	의료 기관 명	
	당일은 접수에 当日は受付に	시 분경까지 와 주십시오. 時 分頃おこし下さい。		

[참고]

폐렴구균 백신의 접종에 의해 건강 피해가 발생한 경우에는 ‘의약품 이상반응 피해구제 제도’를 통해 치료비 등을 지원 받을 수 있는 경우가 있습니다.
자세한 내용은 독립행정법인 의약품 의료기기 종합기구의 홈페이지 등을 참조하여 주십시오.

[의약품 이상반응 피해구제 제도]

의약품을 적정하게 사용했음에도 불구하고, 이상반응에 의해 입원 치료가 필요한 정도의 질병이나 장애 등의 건강 피해를 입은 분을 구제하기 위해서 의료비, 의료수당, 장애연금 등을 급부하는 제도입니다. 그 때, 의사의 진단서와 투약 증명서 등이 필요합니다. 구제 급부의 청구와 관련해서는 먼저 의약품 의료기기 종합기구로 상담하여 주십시오.

문의처는 아래와 같습니다.

독립행정법인 의약품 의료기기 종합기구 의약품 이상반응 피해구제 제도 상담 창구
전화:0120-149-931(수신자 부담 전화)

[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済制度」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済制度]

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 가 폐렴구균 접합백신(캡백시브®) 예방접종 예진표

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

접종을 희망하시는 분께: 굵은 테두리 내 를 빠짐없이 기입해 주십시오.
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。

진찰 전의 체온
診察前の体温

도
度

분
分

주소 住所	우편번호 〒	전화번호 電話番号	() - () -
(가타가나) 예방접종을 받는 분의 성명 (フリガナ) 予防接種を受ける人 の氏名	()	남·여 男・女	대리인(가족 등)의 성명 代理人(家族など)の 氏名
생년월일 生年月日	년 年	월 月	일 출생 (만 세) 日生 (満 歳)

질문 사항 質問事項	회답란 回答欄	의사 기입란 医師記入欄
오늘 받을 예방접종과 관련해서 설명문(“21 가 폐렴구균 접합백신(캡백시브®)을 접종하시는 분께”)을 읽고 이해하셨습니까? 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?	예 はい	아니요 いいえ
1 개월 이내에 예방접종을 받았습니까? (예방접종의 종류:) 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか?(予防接種の種類:)	예 はい	아니요 いいえ
과거에 폐렴구균 백신을 접종 받은 적이 있습니까? 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? ○ 백신의 이름·시기(백신명: , 년 월경) ○ ワクチンの名前・時期(ワクチン名: , 年 月頃)	예 はい	아니요 いいえ
오늘, 건강 상태가 나쁜 곳이 있습니까? 今日、体の具合の悪いところがありますか? ○ 구체적인 증상을 기입하여 주십시오() ○ 具体的な症状を書いてください()	예 はい	아니요 いいえ
현재, 어떠한 병을 앓고 계십니까? 現在、何か病気にかかっていますか? ○ 병명() ○ 病名()	예 はい	아니요 いいえ
그 병으로 치료(투약 등)를 받고 있습니까? その病気で治療(投薬など)を受けていますか? ○ 약의 이름·종류() ○ 薬の名前・種類()	예 はい	아니요 いいえ
심장, 혈관, 혈액, 신장, 간장, 뇌신경, 면역결핍증 등의 병에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 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? ○ 병명() ○ 病名()	예 はい	아니요 いいえ
최근 1 개월 이내에 열이 나거나, 병에 걸린 적이 있습니까? 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? ○ 병명() ○ 病名()	예 はい	아니요 いいえ
약이나 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기가 나거나, 몸상태가 나빠진 적이 있습니까? 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?	예 はい	아니요 いいえ
경련을 일으킨 적이 있습니까? ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか?	예 はい	아니요 いいえ

지금까지 예방접종을 받고 몸상태가 나빠진 적이 있습니까? 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? ○ 예방접종의 이름() ○ 予防接種の名前()	예 はい	아니요 いいえ	
오늘 받을 예방접종에 관해 질문이 있습니까? 今日の予防接種について質問がありますか?	예 はい	아니요 いいえ	

의사 기입란 医師記入欄
이상의 문진 및 예진 결과, 오늘 예방접종은 (실시할 수 있다 · 보류하는 편이 좋다)라고 판단합니다. 본인(또는 그 가족 등의 대리인)에게 예방접종의 효과, 부작용 및 의약품 의료기기 종합기구법에 근거한 구제에 관해서 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명날인() 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()

본인(또는 그 가족 등의 대리인) 기입란 本人(またはその家族などの代理人)記入欄
의사의 진찰·설명을 듣고, 예방접종의 효과와 부작용 및 의약품 의료기기 종합기구법에 따른 구제에 관해서 이해하였습니다. 이상의 내용에 동의하고, 접종을 희망하십니까? (예 · 아니요) 본인(또는 그 가족 등의 대리인)의 서명[(대필자의 경우:관계)] 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)]

사용 백신명 使用ワクチン名	접종 경로 接種経路	실시 장소·의사명·접종 연월일 実施場所・医師名・接種年月日
명칭 :캡백시브® 근육주사 주사기 제조사명 :MSD 주식회사 제조번호 : 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 :	근육주사 (접종량:0.5 mL) 筋肉内注射 (接種量:0.5 mL)	의료기관명 : 의사명 : 접종 연월일: 년 월 일 医療機関名 : 医師名 : 接種年月日: 年 月 日

이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 기입해 주신 개인정보는 예방접종에 관한 예진에만 사용합니다.
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。