

वैकल्पिक खोप (वयस्क)  
任意接種用(成人)

21-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप  
(क्यापभ्याक्सिभ®)  
खोप पूर्वको मूल्याङ्कन फाराम  
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



निर्माता वितरक [जानकारी अनुरोधहरूका लागि सम्पर्क]

MSD कम्पनी लिमिटेड

〒102-8667 टोकियो महानगर, चियोदा वाई कुदानकिता 1-13-12

कितानोमारु स्कायर

<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 ग्राहक सहायता केन्द्र  
MSD कस्टरमर-सपोर्टसेन्टर

चिकित्सा पेशाकर्महरूका लागि

(सबै MSD उत्पादनहरू)0120-024-961

(खोपका लागि मात्र)0120-024-797

सोधपुछ समय: 9:00~17:30 (शनिबार, आइतबार,  
सार्वजनिक बिदा र कम्पनीका बिदाका  
दिन बाहेक)

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-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप (क्यापभ्याक्सिभ®) प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूका लागि

### 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-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप (क्यापभ्याक्सिभ®) लगाउँदा खोप लिने व्यक्तिको स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा पूर्ण जानकारी हुनु आवश्यक छ। त्यसका लागि, कृपया 21-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप (क्यापभ्याक्सिभ®) को बारेमा तल दिइएको जानकारी अवश्य पढ्नुहोस्। कृपया संलग्न पूर्व-मूल्याङ्कन फाराममा सकेसम्म धेरै विवरणहरू भर्नुहोस्। आफैले फाराम भर्न गाह्रो भएको अवस्थामा कृपया एक प्रतिनिधिलाई भर्न लगाउनुहोस्। कृपया ध्यान दिनुहोस् यदि हामीले खोप प्राप्तकर्ताको इच्छा पुष्टि गर्न असमर्थ भयौं भने खोप लगाइने छैन।

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。

#### ● खोपको प्रभावकारिता र साइड इफेक्टहरू ワクチンの効果と副反応

21-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप (क्यापभ्याक्सिभ®) 50 वर्ष वा सोभन्दा माथिका वयस्कहरूलाई साथै न्युमोकोकल रोगको उच्च जोखिममा रहेका वयस्कहरूलाई दिइन्छ। यस खोपमा समावेश 21 प्रकारका न्युमोकोकल सेरोटाइप एन्टिजनहरू प्राप्त गरेर 22 प्रकारका न्युमोकोकस विरुद्ध एन्टिबडीहरू उत्पादन गर्छ र यी सबै प्रकारका न्युमोकोकलबाट हुने सङ्क्रमणहरूलाई रोक्न सक्षम हुनेछ भन्ने अपेक्षा गरिएको छ।

क्लिनिकल परीक्षणहरूमा देखिएका सामान्य साइड इफेक्टहरू खोप लगाएको सीमित भागका प्रतिक्रियाहरू (दुख्ने, रातो हुने, सुनिने), टाउको दुख्ने, मांसपेशी दुख्ने, थकान हुने र ज्वरो आउने थिए। धेरै दुर्लभ भएता पनि झट्का हात्रे र आनाफाइलाक्सिस सहित गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रियाहरू हुन सक्छन्।

कुनै असामान्यता देखिएको अवस्थामा, कृपया तुरुन्तै डाक्टरलाई सूचित गर्नुहोस्।

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。

#### ● खोप लगाउन नसक्ने मानिसहरू 予防接種を受けることができない人

1. यस खोपको कुनै पनि घटक वा डिप्थेरिया टोक्सोइडबाट हुने गम्भीर एलर्जी (आनाफाइलाक्सिस आदि) को इतिहास भएका व्यक्तिहरू

2. स्पष्ट ज्वरो (सामान्यतया 37.5 डिग्री सेल्सियस वा सोभन्दा माथि) आएका व्यक्तिहरू
3. गम्भीर रोगबाट स्पष्ट रूपमा पीडित व्यक्तिहरू
4. माथि सूचीबद्ध गरिएका बाहेक, डाक्टरले खोप लगाउन अनुपयुक्त ठहराएका व्यक्तिहरू

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

### ● खोप लगाउनु अघि डाक्टरसँग परामर्श लिनु पर्ने व्यक्तिहरू 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

1. विगतमा रोग प्रतिरोधात्मक क्षमताको कमीको पहिचान भएका व्यक्तिहरू वा जन्मजात रोग प्रतिरोधात्मक क्षमताको कमी भएको नजिकको नातेदार भएका व्यक्तिहरू
2. मुटु रोग, मिर्गौला रोग, कलेजो रोग, रक्त रोग र विकासात्मक विकार जस्ता अन्तर्निहित रोगहरू भएका व्यक्तिहरू
3. खोप लगाएको 2 दिन भित्रमा ज्वरो आएको साथै एलर्जीको कारणले हुन सक्ने लक्षणहरू जस्तै सामान्य दागहरू देखिएका व्यक्तिहरू
4. विगतमा ऐठनको इतिहास भएका व्यक्तिहरू
5. डिप्थेरिया टोक्सोइड सहित खोपको कुनै पनि घटकबाट एलर्जी हुन सक्ने व्यक्तिहरू
6. थ्रोम्बोसाइटोपेनिया, कोगुलेसन डिसअर्डर भएकाहरू वा एन्टिकोआगुलेन्ट थेरापी गराइरहेका व्यक्तिहरू
7. गर्भवती साथै गर्भ धारणको सम्भावना भएका महिलाहरू त्यस्तै स्तनपान गराइरहेका महिलाहरू
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

### ● अन्य खोपहरूसँगको सह-कार्य 他のワクチンとの同時接種

डाक्टरले आवश्यक छ भन्ने ठानेको अवस्थामा यो अन्य विभिन्न प्रकारका खोपहरू जस्तै एकै समयमा दिन सकिन्छ।  
 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。

## ● खोप पछिका सावधानीहरू ワクチン接種後の注意

1. खोप लगाएको 30 मिनेट भित्रमा झट्का हात्रे वा आनाफाइलाक्सिस हुन सक्छ त्यसैले चिकित्सा सुविधामा रही तुरुन्तै डाक्टरलाई सम्पर्क गर्न सक्ने हुनुहोस्।
2. खोप लगाएको दिनमा कडा व्यायाम नगर्नुहोस्। साथै खोप लगाएको भाग सफा राख्नुहोस्। खोप लगाएको दिन नुहाउँदा कुनै समस्या हुँदैन। यद्यपि खोप लगाएको भागमा नरगड्नुहोस्।
3. खोप लगाएपछि कृपया आफ्नो स्वास्थ्य व्यवस्थापनमा ध्यान दिनुहोस् र यदि तपाईंले आफ्नो शारीरिक अवस्थामा कुनै परिवर्तनहरू जस्तै उच्च ज्वरो वा ऐठन वा अन्य कुनै सीमित भागमा असामान्य प्रतिक्रियाहरू (जस्तै खोप लगाएको भागमा सुनिएको) देख्नुभयो भने कृपया तुरुन्तै चिकित्सा हेरचाहमा पुग्नुहोस्।
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。

| निर्धारित खोप मिति<br>接種予定日 | महिना          | गते( ) हो | चिकित्सा संस्थाको<br>नाम<br>医療機関名 |  |
|-----------------------------|----------------|-----------|-----------------------------------|--|
|                             | 月              | 日( )です    |                                   |  |
|                             | कृपया त्यस दिन | बजेर      | मिनेटमा                           |  |
|                             | सोधपुछ डेस्कमा | आउनुहोला। |                                   |  |
|                             | 当日は受付に         | 時         | 分頃おこし下                            |  |
|                             | さい。            |           |                                   |  |

### [सन्दर्भ]

न्युमोकोकल खोप लगाउँदा स्वास्थ्य समस्याहरू भएको अवस्थामा तपाईंले “औषधि प्रतिकूल प्रतिक्रिया राहत प्रणाली” मार्फत चिकित्सा खर्च आदि प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्नुहुन्छ।

थप जानकारीका लागि कृपया औषधि तथा चिकित्सा उपकरण एजेन्सीको वेबसाइटमा गएर हेर्नुहोस्।

### [औषधि प्रतिकूल प्रतिक्रिया राहत प्रणाली]

यो औषधिको उचित प्रयोगको बाबजुद साइड इफेक्टका कारण बिरामी वा अस्पताल भर्ना हुनुपर्ने अशक्तता जस्ता गम्भीर स्वास्थ्य क्षति भोगेकाहरूलाई चिकित्सा खर्च, चिकित्सा भत्ता, अशक्तता पेन्सन, आदि प्रदान गरेर राहत प्रदान गर्ने प्रणाली हो। यस अवस्थामा डाक्टरले दिने रोगको प्रमाणपत्र र दिइएको औषधिको प्रमाणपत्र अत्यावश्यक हुन्छन्। राहत लाभहरूका लागि दावीहरूका सम्बन्धमा कृपया पहिले औषधि तथा चिकित्सा उपकरण एजेन्सीसँग परामर्श गर्नुहोस्।

### सम्पर्क विवरणहरू यस प्रकार छन्:

स्वतन्त्र प्रशासनिक निकाय औषधि तथा चिकित्सा उपकरण एजेन्सी, औषधि प्रतिकूल प्रतिक्रिया राहत प्रणाली परामर्श काउन्टर

फोन:0120-149-931 (नि:शुल्क कल)

### [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](https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html)

# 21-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप (क्यापभ्याक्सिभ®)पूर्वको मूल्याङ्कन फाराम

## 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

खोप लगाउन चाहनेहरूका लागि: कृपया बोल्ड फ्रेम भित्र [ ] को क्षेत्रमा कुनै विवरण नछुटाई भर्नुहोस्।  
 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。

|                                                                         |            |                                                                 |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                         |            | परीक्षण अधिको<br>शरीरको तापक्रम<br>診察前の体温                       | डिग्रीअंश<br>度 分                      |
| ठेगाना<br>住所                                                            | 〒 -<br>〒 - | टेलिफोन नम्बर<br>電話番号                                           | ( ) -<br>( ) -                        |
| (फुरिगाना)<br>खोप लगाउने<br>व्यक्तिको नाम<br>(フリガナ)<br>予防接種を受ける人<br>の氏名 | ( )<br>( ) | प्रतिनिधि (परिवारको<br>सदस्य आदि) को<br>नाम<br>代理人(家族など)の<br>氏名 | पुरुष・ महिला<br>男・女                   |
| जन्म मिति<br>生年月日                                                       | साल<br>年   | महिना<br>月                                                      | गते जन्मिएको (पूर्ण वर्ष)<br>日生 (満 歳) |

| प्रश्नावली<br>質問事項                                                                                                                                                                                                                       | उत्तर स्तम्भ<br>回答欄 |             | डाक्टरको टिपोट खण्ड<br>医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------------------------------|
| के तपाईंले आज प्राप्त गर्ने खोप सम्बन्धी जानकारी ("21-भ्यालेन्ट न्युमोकोकल कन्जुगेट खोप (क्यापभ्याक्सिभ®) प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूका लागि") पढेर बुझ्नुभयो?<br>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?       | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के तपाईंले पछिल्लो 1 महिना भित्रमा कुनै खोप लगाउनुभएको छ? (लगाएको खोपको प्रकार: )<br>1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか?(予防接種の種類: )                                                                                                                      | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के तपाईंले विगतमा न्युमोकोकल खोप लगाउनुभएको छ?<br>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?<br>○ खोपको नाम र समय (खोपको नाम: , साल महिना तिर)<br>○ ワクチンの名前・時期(ワクチン名: , 年 月頃)                                                                           | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के आज शरीरको अवस्थामा अस्वस्थता महसुस गर्दै हुनुहुन्छ?<br>今日、体の具合の悪いところがありますか?<br>○ कृपया विशेष लक्षणहरू लेख्नुहोस्( )<br>○ 具体的な症状を書いてください( )                                                                                            | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के तपाईं हाल कुनै रोगबाट पीडित हुनुहुन्छ?<br>現在、何か病気にかかっていますか?<br>○ रोगको नाम ( )<br>○ 病名( )                                                                                                                                             | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के तपाईंले त्यो रोगको उपचार (औषधि आदि) लिइरहनुभएको छ?<br>その病気で治療(投薬など)を受けていますか?<br>○ औषधिको नाम र प्रकार( )<br>○ 薬の名前・種類( )                                                                                                              | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के तपाईं कहिल्यै मुटु, रक्तनली, रगत, मिर्गौला, कलेजो, क्रयानियल नर्भ वा रोग प्रतिरोधात्मक क्षमतामा कमी भएको रोगका लागि डाक्टरको परीक्षण लिनुभएको छ?<br>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?<br>○ रोगको नाम ( )<br>○ 病名( ) | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |
| के तपाईंलाई विगत 1 महिनामा ज्वरो आएको छ वा बिरामी पर्नुभएको छ?<br>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?<br>○ रोगको नाम ( )                                                                                                                      | हो<br>はい            | होइन<br>いいえ |                              |

|                                                                                                                                                           |          |             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|--|
| ○ 病名( )                                                                                                                                                   |          |             |  |
| के तपाईंलाई कहिल्यै औषधि वा खाना खाएपछि छालामा दाग वा खटिरा आएर पोल्ने वा शरीरको अवस्थामा अस्वस्थ महसुस भएको छ?<br>藥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? | हो<br>はい | होइन<br>いいえ |  |
| के तपाईंलाई कहिल्यै आघात पर्ने (ऐठन) भएको छ?<br>ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか?                                                                                  | हो<br>はい | होइन<br>いいえ |  |
| के तपाईं अहिलेसम्म खोप लगाइसकेपछि बिरामी पर्नुभएको छ?<br>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?<br>○ खोपको नाम ( )<br>○ 予防接種の名称( )                                | हो<br>はい | होइन<br>いいえ |  |
| आजको खोपको बारेमा प्रश्नहरू छन्?<br>今日の予防接種について質問がありますか?                                                                                                  | हो<br>はい | होइन<br>いいえ |  |

डाक्टरको टिपोट खण्ड  
医師記入欄

माथिको अन्तर्वार्ता र प्रारम्भिक परीक्षणको नतिजाको आधारमा आजको खोप (लगाउन सकिन्छ वा स्थगित गर्नु राम्रो हुन्छ) भन्ने निर्धारण गरिएको छ।  
 स्वयम् (वा उनीहरूको परिवारको प्रतिनिधि)लाई खोपको प्रभाव, साइड इफेक्ट र औषधि तथा चिकित्सा उपकरण एजेन्सी ऐन अन्तर्गत उपलब्ध राहतको बारेमा व्याख्या गर्यौं।

डाक्टरको हस्ताक्षर वा नाम र छाप ( )

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( )

स्वयम् (वा निजको परिवारको प्रतिनिधि)ले भर्नुपर्ने खण्ड  
本人(またはその家族などの代理人)記入欄

डाक्टरले परीक्षण र व्याख्या गरेपछि, मैले खोपको प्रभाव र साइड इफेक्टहरू साथै औषधि तथा चिकित्सा उपकरण एजेन्सी ऐन अन्तर्गत उपलब्ध राहतको बारेमा बुझें।  
 के तपाईं माथिका कुराहरूमा सहमत भएर खोप लगाउन चाहनुहुन्छ?(हो ・ होइन)

स्वयम् (वा निजको परिवारको प्रतिनिधि)को हस्ताक्षर[ (प्रतिनिधिको हैसियतमा: सम्बन्ध )]

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 )]

| प्रयोग गरिएको खोपको नाम<br>使用ワクチン名                                                                                                                         | खोप प्रक्रिया<br>接種経路                                                             | कार्यान्वयनको स्थान・डाक्टरको नाम・खोप लगाइएको मिति<br>実施場所・医師名・接種年月日                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| नाम :क्यापभ्याक्सिभ®इन्ट्रामस्क्युलर सिरिन्ज<br>निर्माताको नाम :MSD कम्पनी लिमिटेड<br>सिरियल नम्बर :<br>नाम :キャップボックス®筋注シリンジ<br>मेーカー名 :MSD 株式会社<br>製造番号 : | इन्ट्रामस्क्युलर<br>インジェク<br>(खोपको मात्रा:<br>0.5 एमएल)<br>筋肉内注射<br>(接種量:0.5 mL) | चिकित्सा संस्थाको नाम :<br><br>डाक्टरको नाम :<br>खोप लगाइएको मिति : साल महिना गते<br>医療機関名 :<br>医師名 :<br>接種年月日 : 年 月 日 |

यस पूर्व परीक्षण फारामको उद्देश्य खोपको सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु हो। तपाईंले प्रदान गर्नुभएको व्यक्तिगत जानकारी खोपसँग सम्बन्धित पूर्वपरीक्षणका लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ।  
 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。