

**Opsyonal na
pagpapabakuna para sa
mga nasa hustong gulang
任意接種用(成人)**

**21-valent pneumococcal conjugate vaccine
(CAPVAXIVE®)**

**Pagsusuri bago bakunahan
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**



Manufacturer at distributor [para sa paghingi ng impormasyon]
MSD Corporation
Kitanomaru Square, 1-13-12 Kudankita, Chiyoda-ku, Tokyo 102-8667
<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 Customer Support Center
MSD カスタマーサポートセンター**

Mga mediko	(Pangkalahatang produkto) 0120-024-961 (Para sa bakuna) 0120-024-797
Oras ng pagtanggap:	9:00-17:30 (maliban sa katapusan ng linggo, pista opisyal, at company holidays)
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)

Sa mga taong magpapabakuna ng 21-valent pneumococcal conjugate vaccine (CAPVAXIVE®)

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

Kapag babakunahan ng 21-valent pneumococcal conjugate vaccine (CAPVAXIVE®) ang isang indibidwal, kailangan ng masusing pagsusuri sa kalagayan ng kaniyang kalusugan. Dahil dito, siguraduhing basahing mabuti ang impormasyon sa ibaba ukol sa 21-valent pneumococcal conjugate vaccine (CAPVAXIVE®). Hangga't maaari, sagutan nang detalyado ang nakalakip na form. Magpatulong sa iba kung di kayang magsulat sa sarili. Maaaring intindihin na hindi maaaring bakunahan hangga't hindi natitiyak na nais magpabakuna ang isang indibidwal.

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。

● Bisa at side effect ng bakuna ワクチンの効果と副反応

Ang 21-valent pneumococcal conjugate vaccine (CAPVAXIVE®) ay bakunang ibinibigay sa mga adultong limangpung taong gulang o higit pa o sa mga indibidwal na may tsansa na magkaroon ng pneumococcal disease. Sa pagtanggap ng dalawampu't isang uri ng pneumococcal serotype antigens sa bakunang ito, makagagawa ang katawan ng antibodies laban sa dalawampu't dalawang uri ng pneumococcus, paraan para makaiwas sa sakit na maaaring idulot ng mga pneumococcus na ito.

Karamihan ng side effects sa clinical trials ay pananakit, pamumula, at pamamaga sa lugar ng iniksyon, sakit ng ulo, pananakit ng kalamnan, pagkahapo, at lagnat. Bihira ngunit maaari ring magkaroon ng severe allergic reaction, kasama na ang shock at anaphylaxis

Ipaalam sa inyong doktor kapag may kakaibang naramdaman sa katawan.

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。

● Mga di maaaring mabakunahan 予防接種を受けることができない人

1. Mga indibidwal na may matinding allergy (tulad ng anaphylaxis) sa isa sa mga sangkap ng bakuna o sa diphtheria toxoid.
2. Mga indibidwal na may lagnat na (37.5°C o pataas sa pangkaraniwan)
3. Mga indibidwal na dumaranas ng malubha at matinding karamdaman
4. Mga indibidwal na sa palagay ng doktor ay di nararapat na tumanggap ng bakuna sa iba pang kadahilanang di nakasaad sa itaas
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

● Mga indibidwal na dapat kumonsulta muna sa doktor bago mabakunahan 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

1. Mga indibidwal na na-diagnose na may immunodeficiency o may malapit na kamag-anak na may congenital immunodeficiency
 2. Mga indibidwal na may umiiral na karamdaman tulad ng sakit sa puso, bato, atay, dugo, at developmental disorders
 3. Mga indibidwal na nilagnat sa loob ng dalawang araw matapos mabakunahan o nagkaroon ng sintomas ng allergy tulad ng pamamantal
 4. Mga indibidwal na may kasaysayan ng kombulsyon
 5. Mga indibidwal na maaaring may allergy sa isa sa mga sangkap ng bakuna o maging sa diphtheria toxoid.
 6. Mga indibidwal na may thrombocytopenia, clotting disorder, o sumasailalim sa anticoagulant therapy
 7. Mga buntis, maaaring buntis, at mga kasalukuyang napapasuso ng bata
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

● Pagbibigay ng iba pang bakuna 他のワクチンとの同時接種

Kung sa tingin ng doktor na nararapat, maaari itong isabay sa pagbibigay ng iba pang uri ng mga bakuna

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。

● Pag-iingat matapos mabakunahan ワクチン接種後の注意

1. Maaaring magkaroon ng shock o anaphylaxis sa loob ng tatlung minuto pagkatapos mabakunahan kaya dapat manatili muna sa loob ng medical facility upang maagap na makita ng doktor.
 2. Umiwas sa matinding ehersisyo sa araw na nabakunahan. Panatiliing malinis ang lugar ng pinagturukan ng bakuna. Maaaring maligo sa araw na nabakunahan. Gayunpaman, huwag kuskusin ang lugar na pinagturukan.
 3. Matapos mabakunahan, maging maingat at alerto sa sariling pangangatawan. Kapag may napansing kakaiba tulad ng mataas na lagnat, kombulsyon, at pagbabago sa kondisyong na katawan (tulad ng paglala ng pamamaga sa lugar na pinagturukan ng bakuna), agad na kumonsulta sa doktor.
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。

Nakatakdang araw ng pagbabakuna 接種予定日	_MM_ _DD_ () 月 日 ()です Magsadya sa tanggapan sa oras na _HH_ _MM_ 当日は受付に 時 分頃おこし下さい。	Pangalan ng institusyon 医療機関名	
---	--	-------------------------------------	--

[Mga Sanggunian]

Maaaring makatanggap ng tulong kabayaran para sa pagpapagamot sa ilalim ng “Relief System for Sufferers from Adverse Drug Reactions” kung nagresulta sa sakit ang pagkuha ng pneumococcal vaccine.

Para sa iba pang kaalaman, tingnan ang website ng Pharmaceuticals and Medical Devices Agency.

[Relief System for Sufferers from Adverse Drug Reactions]

Ito ay isang sistema na nagbibigay ng tulong pinansyal sa mga nakaranas ng matinding pinsala sa kalusugan dulot ng side effect ng bakuna tulad ng matinding karamdaman o kapansanan na kailangan ng pagkakaospital sa kabila ng pagpapagamot. Nagbibigay ito ng tulong sa gastusin sa pagpapagamot, allowance sa pagpapagamot, pensyon para sa kapansanan, at iba pa. Sa ganitong pagkakataon, kailangan ng sertipikasyon mula sa doktor at sertipikasyon sa gamot na kinuha. Kumonsulta muna sa Pharmaceuticals and Medical Devices Agency kapag maghain ng claim para sa benepisyo na ito.

Maaaring makipag-ugnayan sa ibaba:

Pharmaceuticals and Medical Devices Agency, Relief System for Sufferers from Adverse Drug Reaction Consultation Desk

Phone: 0120-149-931 (toll free)

[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

Paunang pagsusuri bago mabakunahan ng 21-valent pneumococcal conjugate vaccine (CAPVAXIVE®)

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

Para sa mga gustong magpabakuna: Pakisulatan ang lahat ng mga puwang sa ibaba.
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。

		Temperatura ng katawan bago ang pagsusuri 診察前の体温	. ° 度 分	
Tirahan 住所	zip code - 〒 -	Numero ng telepono 電話番号	() - () -	
(Pangalan sa Katakana o Hiragana) Pangalan ng magpapabakuna (フリガナ) 予防接種を受ける人の氏名	() ()	Babae • Lalake 男 • 女	Pangalan ng kinatawan (kamag-anak atbp.) 代理人(家族など)の氏名	
Petsa ng kapanganakan 生年月日	Taon: __ Buwan: __ Araw: __ (Edad) 年 月 日 生 (満 歳)			

Mga Katanungan 質問事項	Puwang para sa mga sagot 回答欄		Puwang para sa dokotor 医師記入欄
Nabasa mo ba at naintindihan ang paliwanag tungkol sa “Para sa mga magpapabakuna ng the 21-valent pneumococcal conjugate vaccine (CAPVAXIVE®)”? 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?	Oo はい	Hindi いいえ	
Nakatanggap ka ba ng bakuna nitong nakaraang isang buwan? (Uri ng bakuna:) 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか?(予防接種の種類:)	Oo はい	Hindi いいえ	
Nakatanggap ka na ba ng pneumococcal vaccine? 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? ○ Pangalan ng bakuna at kailan natanggap (Pangalan ng bakuna: , Bandang Taon : Buwan:) ○ ワクチンの名前・時期(ワクチン名: 、 年 月頃)	Oo はい	Hindi いいえ	
Masama ba ang iyong pakiramdam ngayong araw na ito? 今日、体の具合の悪いところがありますか? ○ Pakisulat ang iyong mga partikular na sintomas () ○ 具体的な症状を書いてください()	Oo はい	Hindi いいえ	
Ikaw ba ay kasalukuyang may karamdaman? 現在、何か病気にかかっていますか? ○ Pangalan ng karamdaman () ○ 病名()	Oo はい	Hindi いいえ	
Ikaw ba ay kasalukuyang ginagamot para sa karamdaman na ito? その病気で治療(投薬など)を受けていますか? ○ Pangalan at uri ng gamot () ○ 薬の名前・種類()	Oo はい	Hindi いいえ	
Ikaw ba ay dati nang sumailalim sa pagpapagamot sa mga karamdaman sa puso, blood vessels, dugo, bato, atay, cranial nerves, o immune deficiency? 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? ○ Pangalan ng karamdaman () ○ 病名()	Oo はい	Hindi いいえ	
Ikaw ba ay nilagnat o nagkasakit nitong nakaraang isang buwan? 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? ○ Pangalan ng karamdaman () ○ 病名()	Oo はい	Hindi いいえ	
Nagkaroon ka na ba ng pamamantal, tagulabay, o nagkasakit matapos kumain ng pagkain o kumuha ng gamot? 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?	Oo はい	Hindi いいえ	

Nagkaroon ka na ba ng kombulsyon? ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか?	Oo はい	Hindi いいえ	
Nakaranas ka na ba ng pagsama ng pakiramdam matapos mabakunahan? 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? ○ Pangalan ng bakuna () ○ 予防接種の名前()	Oo はい	Hindi いいえ	
May mga katanungan ka ba tungkol sa bakunang kukunin mo sa araw na ito? 今日の予防接種について質問がありますか?	Oo はい	Hindi いいえ	

Puwang para sa doktor
医師記入欄

Base sa resulta ng paunang pagsusuri, napagdesisyonan na ang pagbakuna ay (Maaaring ibigay • Mas mabuting ipagpaliban).

Ipinaliwanag sa indibidwal (o kanyang kamag-anak o kinatawan) ang bisa ng bakuna, mga side effect, at posibleng kompensasyon sa ilalim ng Pharmaceuticals and Medical Devices Agency Act.

Pangalan at lagda/selyo ng doktor ()

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()

Puwang para sa magpapabakuna (o kanyang kamag-anak o kinatawan)
本人(またはその家族などの代理人)記入欄

Matapos masuri ng doktor, naiintindihan ko ang bisa at side effect ng bakuna, pati na rin ang kompensasyon na maaaring makuha sa ilalim ng Pharmaceuticals and Medical Devices Agency Act.

Ikaw ba ay pumapayag na mabakunahan? (Oo / Hindi)

Lagda ng magpapabakuna (o kanyang kamag-anak o kinatawan)[(Kung kinatawan ang nagsulat: relasyon sa babakunahan)]

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)]

Pangalan ng bakuna 使用ワクチン名	Paraan ng pagbakuna 接種経路	Lugar kung saan binakunahan, pangalan ng doktor, petsa ng pagbabakuna 実施場所・医師名・接種年月日
Pangalan : CAPVAXIVE® Intramuscular Syringe Pangalan ng manufacturer : MSD Corporation Serial number : 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 :	intramuscular injection (Dosis: 0.5 mL) 筋肉内注射 (接種量:0.5 mL)	Pangalan ng institusyon : Pangalan ng doktor : Petsa ng pagbabakuna : Taon:___ Buwan:___ Araw:___ 医療機関名 : 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日

Ang layunin ng form na ito ay upang matiyak ang kaligtasan ng pagbabakuna. Ang mga personal na detalye na iyong isinulat ay gagamitin lamang para sa paunang pagsusuri ng pagbabakuna.

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。