

市販直後調査

販売開始から 6 ヶ月間

様式 1

キャップボックス®筋注シリンジの 「市販直後調査」ご協力のお願い

(調査期間：販売開始から 6 ヶ月間)

弊社キャップボックス®筋注シリンジ（以下、本ワクチン）は、新医薬品で市販直後調査対象製品です。本ワクチンをご使用いただく場合には、慎重にご使用いただくとともに、本ワクチンと関連が疑われる重篤な副反応等が発現した場合には、速やかに弊社までご連絡いただきますようお願いいたします。

この先、調査期間終了までの間、書面にて繰り返し本調査へのご協力依頼のお知らせをさせていただきます。本調査へのご協力をお願いいたします。

《接種時のお願い》

- 本ワクチンをご使用の際には電子添文及びインタビューフォームをお読みいただき、本ワクチンを接種した方に対して十分な観察を行うなど、慎重にご使用いただきますようよろしくお願いいたします。
- 本ワクチンは「予防接種実施規則」及び「定期接種実施要領」に準拠して使用してください。
- 被接種者について、接種前に必ず問診、検温及び診察（視診、聴診等）によって健康状態を調べてください。
- 被接種者又はその介護者に、接種当日は過激な運動は避け、接種部位を清潔に保つよう指導してください。また、接種後の健康監視に留意し、局所の異常反応や体調の変化、さらに高熱、痙攣等の異常な症状を呈した場合には速やかに医師へ連絡するようご指導ください。
- 本ワクチン接種直後又は接種後に「重度のアレルギー反応（ショック、アナフィラキシー等）」があらわれることがあります。電子添文やインタビューフォームをご確認いただき、被接種者又はその介護者にリスクを説明し、適正に接種を行ってください。
- 本ワクチンの使用により副反応等をご経験されました場合には、

弊社 MR 又は MSD カスタマーサポートセンター（0120-024-961）

<受付時間> 月～金 9:00～17:30（祝日・当社休日を除く）

まで、ご連絡をお願いいたします。

- なお、カスタマーサポートセンターへご連絡をいただきました場合には、弊社 MR がお伺いしますので詳細についての情報をご提供くださいますようよろしくお願いいたします。

