

高齢者肺炎球菌予防接種予診票(再)交付受付チェック票

令和 年 月 日

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他()				
確認事項 ※ご確認の上、□に✓をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 接種期間は65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日までです。 ※裏面ガイドラインに該当する方は60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで <input type="checkbox"/> 接種日時時点で、つくば市に住民登録がある方が対象です。 <input type="checkbox"/> 今までに高齢者肺炎球菌ワクチン(23価)の接種を受けたことがない方が対象です。 <input type="checkbox"/> 協力医療機関以外で接種する場合は、別途事前申請が必要です。				
被接種者	フリガナ				
	氏名				
	住所	〒			
	生年月日	年	月	日	年齢 歳 か月
	電話番号				
	接種予定日	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 頃) <input type="checkbox"/> 未定			
申請者	<input type="checkbox"/> 以下すべて、被接種者と同じ(本人からの申請)				
	フリガナ			被接種者との続柄	配偶者・子 施設職員・成年後見人 その他()
	氏名				
	住所	〒 ※被接種者と同じ場合は省略可			
	電話番号	※被接種者と同じ場合は省略可		メールアドレス	※省略可
本人以外からの申請の場合	被接種者本人が予防接種を受けることを希望していることを確認しましたか。 (○をつけてください)【 はい / いいえ→交付できません 】				

郵送希望先住所 ※郵送の場合のみ記入 ※郵送の場合は、「予診票が届くまで2週間程度かかります」とご案内ください。	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他(〒)
---	--

■事務処理欄■

受付	受付者	確認者	接種履歴の確認	被接種者宛名番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子			<input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他			

対象者基準ガイドライン(60歳から65歳未満で該当する方は、定期接種対象者)

心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害の程度は、次のいずれかに該当するものであること。(予防接種法の一部を改正する法律等の施行について平成13年11月7日 健発第1058号)

心臓機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害
<p>(1)次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己の身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰返しアダムスストークス発作が起こるもの。</p> <p>①胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの</p> <p>②心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの</p> <p>③心電図で脚ブロック所見があるもの</p> <p>④心電図で完全房室ブロック所見があるもの</p> <p>⑤心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの</p> <p>⑥心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの</p> <p>⑦心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの</p> <p>⑧心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導および胸部誘導(ただしV1を除く)のいずれかのTが逆転した所見があるもの</p> <p>(2)人工ペースメーカーを装着したもまたは人工弁移植、弁置換を行ったもの</p>	<p>ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。</p> <p>(1)CD4陽性Tリンパ球数が200/μl以下で、次の項目(①～⑫)のうち6項目以上が認められるもの</p> <p>①白血球について3000/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く</p> <p>②Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く</p> <p>③血小板について10万/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く</p> <p>④ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5000コピー/ml以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く</p> <p>⑤1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある</p> <p>⑥健常時に比し10%以上の体重減少がある</p> <p>⑦月に7日以上の上の発熱(38℃以上)が2ヵ月以上続く</p> <p>⑧1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある</p> <p>⑨1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある</p> <p>⑩口腔内カンジタ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症および伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある</p>
呼吸器機能障害	
<p>予測肺活量1秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のものまたは動脈血酸素分圧50Torr以下のもの。予測肺活量1秒率とは、1秒量(最大呼気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長)の組合せで正常ならば当然であると予測される肺活量の値)に対する百分率である。</p>	
腎臓機能障害	
<p>腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10ml/分未満、または血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。</p>	<p>⑪生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である</p> <p>⑫軽作業を越える作業の回避が必要である</p> <p>(2)回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの</p>