

ジフテリア、百日咳、破傷風三種混合ワクチン<Boostrix>の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 **Boostrix**

料金 **9,200 円 / 本**

接種回数 **1 回**

接種スケジュール **小児の定期接種が完了している場合、初回接種のみ**

有効性 乳児期に DPT ワクチンを接種していても、百日咳に対する免疫効果は 4 ～ 12 年で低下します。
Boostrix を 10 歳以降に追加接種することで、百日咳の抗体が再度上昇し、感染予防につながります。

予防効果持続期間

乳児期に DPT ワクチンを計 4 回接種している場合、この追加接種 1 回によって、さらに約 10 年の免疫が持続します。

■ ジフテリア、百日咳、破傷風について

感染経路

<ジフテリア>

ジフテリア菌の感染者に感染した人の鼻咽頭や気道からの分泌物により飛沫感染、および接触感染します。

<百日咳>

百日咳菌に感染した人の鼻咽頭や気道からの分泌物により飛沫感染、および接触感染します。

<破傷風>

破傷風菌は世界中の土の中に存在しており、特に動物の糞便で汚染された土壌が危険です。
けがをした時に傷口から破傷風菌が体の中に入ることによって感染します。

潜伏期間

<ジフテリア> 1 ～ 10 日間

<百日咳> 7 ～ 10 日間

<破傷風> 3 日～3 週間

症状

<ジフテリア>

のどや鼻に症状が出る事が多く、発熱やおう吐、頭痛、咳などが現れます。その後、扁桃や気道に偽膜を形成して放置すれば呼吸困難となり死に至ることがあります。

<百日咳>

最初は一般的な風邪のような症状で始まり、次第に咳の回数が増え、激しさを増していきます。やがて特徴的な発作性のけいれん性の咳（痙咳）に変わり、息を吸う際に笛のような「ヒュー」という音が聞こえるようになります。しばしば嘔吐を伴いますが、発熱はないか、あっても微熱程度です。激しい咳によって顔面の静脈圧が上昇し、顔のむくみや点状出血、眼球結膜出血、鼻血が見られることもあります。

<破傷風>

口を開けにくい、首筋が張る、体が痛いなどの症状があらわれます。その後、体のしびれや痛みが体全体に広がり、全身を弓なりに反らせる姿勢や呼吸困難が現れたのちに死亡することがあります。

● 副反応

ワクチン接種後に、下記のような副反応がみられることがありますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

〈局所〉接種部位の腫れや赤み、痛みなど 〈全身〉発熱、倦怠感、頭痛など

下記のような重篤な副反応は発生率が非常に低いとされていますが、接種後に異常な症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診することが推奨されます。

アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血圧の低下などの症状を伴う）、
発熱に伴うけいれんや意識障害、高熱（39℃以上）による強い倦怠感など



西梅田シティクリニック

●禁忌 <予防接種が受けられない方>

次のいずれかに当てはまる人は、ワクチンを受けることができません。
ワクチン接種に関して不安がある方は、必ず事前に医師へ相談し、適切な判断を仰ぐようにしましょう。

- ・ジフテリアや破傷風のワクチンを一度も接種したことがない方
- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重度の急性疾患を患っている方
- ・過去に DPT ワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・百日咳成分を含むワクチン接種後 7 日以内に、原因不明の脳症を起こしたことがある方
- ・ジフテリアと破傷風又はどちらかに対するワクチン接種後に、一過性の血小板減少症、又は神経系疾患を起こしたことがある方
- ・医師が接種不相当と判断した方

●注意が必要な方

次のいずれかに該当する場合は、ワクチン接種を受ける前に医師とよく相談しましょう。

- ・心臓・腎臓・肝臓の病気や血液疾患などの基礎疾患をお持ちの方
- ・成長や発育に関する指導を医師や保健から受けている方
- ・風邪の初期症状がある方
- ・過去の予防接種後に異常があった方
- ・薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがある方
- ・痙攣（けいれん）の既往がある方
- ・本人または近親者に免疫系の異常があると診断された方
- ・免疫不全の方、または免疫抑制治療を受けている方
- ・授乳中の方 ※授乳中は安全性が確立されていないので避けた方が望ましいです。

●接種後の注意事項

ワクチンを受けた後は、次の点に気をつけましょう。

- ・接種後30分間は様子を観察しましょう。
まれに強いアレルギー反応が起こることがあるため、異常を感じた場合はすぐに医師と連絡が取れるようにしておきましょう。
- ・接種後24時間は、高熱や体調の変化に注意しましょう。
発熱や倦怠感、体調不良が現れることがあるため、普段と異なる症状がないか確認しましょう。
- ・接種部位を清潔に保ちましょう。
入浴は可能ですが、注射部位を強くこすらないように注意してください。
- ・普段通りの生活を心がけましょう。
接種後は普段通りの生活を送って問題ありません。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けるようにしましょう。
- ・異常があればすぐに医師へ相談しましょう。
万が一、高熱や痙攣（けいれん）などの異常な症状が現れた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ・接種後は車の運転や高所での作業には注意をしましょう。
このワクチンに限らず、ワクチン接種により血管迷走神経反射によりめまいや立ちくらみが起こる可能性があります。

国内ワクチンとの比較

	トリビック (ジフテリア・破傷風・百日咳 三種混合)	Boostrix (Tdap) (ジフテリア・破傷風・百日咳 三種混合)
国内承認	承認済み	未承認（輸入ワクチン）
接種回数	1～3回	1回
料金	4,800円/本	9,200円/本
接種可能年齢	生後2か月以上（基本は小児用）	10歳以上
接種方法	皮下注射	筋肉注射
副作用救済制度	国の副作用救済制度あり	輸入代行業者による副作用被害補償制度あり

●輸入ワクチンのメリット

ジフテリア、百日咳、破傷風の3つの成分を含んでいますが、国内の三種混合ワクチンと比較してジフテリアと百日咳の抗原量が少ないワクチンです。それによって副反応をおさえつつ、効果的に成人が抗体を獲得できるよう調整されています。

●副作用被害補償制度について

Boostrix輸入ワクチンであるため、国内未承認です。輸入ワクチンによる副反応が生じた場合は国による救済制度の対象外となりますが、輸入代行業者による副作用被害補償制度を利用できる場合があります。詳細については <https://www.tsubamelabo.com/lp/compensation-system> をご覧ください。

予防接種予診票（Boostrix：ジフテリア・百日咳・破傷風）

診察前の体温

℃

太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。

(フリガナ)		男・女	生年月日	西暦 (<div>年</div> <div>月</div> <div>日</div>)	保護者 氏名	未成年の場合のみ
氏名						
〒				TEL		
住所				-		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるジフテリア・百日咳・破傷風ワクチンの予防接種は何回目ですか。	初めて・()回目		
今日、体の具合の悪いところがありますか。あれば、その症状を記入してください。 (症状:)	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名:)(かかった日:)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種をうけましたか。(予防接種名:)	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他病気)にかかり診察を受けていますか。 (病名:)	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	いいえ	はい	
今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 その時に熱がでましたか。	はい	いいえ	
薬や食品などでアレルギー症状(じんましん、アナフィラキシーなど)を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 ※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの()	はい	いいえ	
花粉症、アトピー性皮膚炎、ぜんそく等のアレルギーの病気がありますか。	はい	いいえ	
今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。(予防接種名:)	はい	いいえ	
家族のなかで予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
家族に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
【女性の方に】下記にあてはまることはありますか。 <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある(生理が予定より遅れているなど) <input type="checkbox"/> 授乳中である	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください(投薬状況など)			

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性、輸入ワクチンの救済措置などについて理解した上で、今回の予防接種を希望しますか？

(はい ・ いいえ)

※かっこの中のどちらかをえらんで下さい

本人の署名(もしくは保護者の署名)

代理人の場合: 続柄()

*医師の記入欄

問診及び診察の結果、今日の予防接種は下記のように判断しました。

(実施できる ・ 見合わせた方がよい)

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。

医師名

印

使用ワクチン名	ロット番号	接種部位	接種量	住所	大阪府大阪市北区梅田2-1-18 富士ビル2階・3階
【 名 称 】 Boostrix 【 製 造 元 】 GSK 【 製 造 国 】 フランス、ベルギー		筋肉注射 右 ・ 左	0.5mL	医院名	西梅田シティクリニック
				院長	赤松 敬之 印
				接種年月日	令和 年 月 日

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。 記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

輸入ワクチンについて(Boostrix:ジフテリア・破傷風・百日咳)

当クリニックでは渡航先での安全を確保するため、あるいは現地の法律に準拠するため以下の場合に国内未承認の輸入ワクチンをお勧めすることがあります。

- ・国内で承認されているワクチンがない場合や入手困難な場合
- ・スケジュールや有効性の面で輸入ワクチンが推奨される場合

※輸入ワクチンは日本国内では未承認ですが、多くの国で使用されて安全性・有効性が確立されている WHO(世界保健機関)で承認済のワクチンを使用いたします。

※各疾患やワクチンの詳細については別にお渡しする説明文書をよくお読みください。

輸入ワクチンのため、国内未承認です。輸入ワクチン接種による副反応が生じた時は国による救済制度の対象外となりますが、輸入代行業者による副作用被害補償制度を利用できる場合があります。

詳細については <https://www.tsubamelabo.com/lp/compensation-system> をご覧ください。

説明医師

輸入ワクチンに関する同意書

西梅田シティクリニック 院長 様

輸入ワクチンの使用に関して、上記説明、各ワクチンの説明文書を読み理解しました。

輸入ワクチンを接種することに (同意します ・ 同意しません)

署名 本人

代諾者 (本人との関係:)

日付 西暦 年 月 日