

髄膜炎菌性髄膜炎ワクチン<Nimenrix 0.5mL>の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 Nimenrix 0.5mL

料金 17,000円 / 本

接種回数 1回

接種スケジュール 初回接種のみ

有効性 Nimenrixの接種により、髄膜炎菌の血清型 A、C、W-135、Yに対する免疫が得られます。
ワクチンの効果はおよそ 80-95% と報告されています。

予防効果持続期間

Nimenrixの予防効果は、接種後約5年間持続するとされています。そのため、5年ごとに追加接種が推奨されます。
接種を検討される際は、医療機関で詳細な情報や最新のガイドラインを確認されることをおすすめします。

■ 髄膜炎菌性髄膜炎について

感染経路

感染者の咳やくしゃみで生じた飛沫がなどから直接感染します。

潜伏期間 1～14日

症状

頭痛や発熱に加え、首の動きが制限される硬直が生じます。劇症型の場合には、突然発症し、頭痛、高熱、けいれん、意識障害、血液凝固異常などを起こし、ショック状態で死亡する場合もあります。

その他

国内では年間数十例の報告がありますが、海外では毎年30万人以上が発症し、約3万人が死亡している致死率の高い病気です。特にアフリカ中部では流行が多く、先進国でも散発的に発生します。温帯地域では寒い季節、熱帯地域では乾期に感染が増える傾向があります。学生寮などで共同生活を行う10代は特に感染リスクが高く、感染者が出た場合は拡大しやすいため注意が必要です。感染症法では5類に分類されています。

●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、通常は一時的なもので数日で消失します。

〈局所〉 接種部位の痛み、腫れ、赤みなど 〈全身〉 筋肉痛、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。

血管迷走神経反射による失神やショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、口唇や喉の腫れなどの症状）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群、横断性脊髄炎、痙攣、顔面神経麻痺など

●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。

- ・発熱している方（37.5°C以上）
- ・重度の急性疾患を患っている方
- ・過去に髄膜炎菌性髄膜炎ワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・過去に破傷風トキソイドでアナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・医師が接種不適当と判断した方



西梅田シティクリニック

●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
 - ・妊娠中または妊娠の可能性（生理がおくれているなど）がある方、授乳中の方
- ※妊娠中、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、医療機関の近くで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る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

| | メンクアッドフィ筋注 | Nimenrix 0.5mL |
|---------|-------------|----------------------|
| 国内承認 | 承認済み | 未承認（輸入ワクチン） |
| 接種回数 | 1回 | 1回 |
| 料金 | 25,000円/本 | 17,000円/本 |
| 接種可能年齢 | 2歳以上 | 生後12か月以上 |
| 接種方法 | 筋肉注射 | 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

国内承認ワクチンと比較して費用を大きく抑えることができます。

●副作用被害補償制度について

Nimenrix は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。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 (Nimenrix : 髄膜炎菌性髄膜炎)

太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。

| | | | | | | |
|--------------|-----|------|-------------------------------|-----|-----------|----------|
| 診察前の体温 | | | | | | ℃ |
| (フリガナ) 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 西暦 (年 歳 月 か月) | 日 | 保護者 氏名 | 未成年の場合のみ |
| 〒 住所 | | | | TEL | — | — |

| 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 | |
| 今日受ける髄膜炎菌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。 | はい いいえ | |
| (症状 :) | | |
| 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)にかかり診察をうけていますか。 | はい いいえ | |
| (病名 :) | | |
| ※「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 その時に熱がありましたか。 | 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、体の具合が悪くなつことがありますか。 | はい いいえ | |
| ※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの() | | |
| 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つことがありますか。 (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つた方がいますか。 | 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。 | はい いいえ | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある(生理が予定より遅れているなど) <input type="checkbox"/> 授乳中である | | |
| 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ご記入ください(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? | 本人の署名(もしくは保護者の署名) |
| (はい ・ いいえ) | |
| *かっこの中のどちらかをえらんで下さい | 代理人の場合: 繰柄() |

*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。 | 医師名 |
| (実施できる ・ 見合せた方が良い) | |
| 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。 | 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】 Nimenrix 【製造元】 Pfizer 【製造国】 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 敏之 |
| | | | | 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(Nimenrix: 隆膜炎菌)

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