

A型肝炎ワクチン＜Avaxim 160U＞の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 Avaxim 160U

料金 14,500 円 / 本

接種回数 1～2 回

接種スケジュール 2 回接種の場合：初回接種から 6～12 ヶ月または 36 ヶ月以内

有効性 抗体は1回目の接種直後から出現し、2週間後には約 90%の人が感染予防レベルの抗体を獲得する。

予防効果持続期間 1 回接種で約3年。2 回接種で約10年。

■A型肝炎について

感染経路

A 型肝炎ウイルスに感染した人からの経口感染や糞便により汚染された食物や水を摂取することで感染が成立する糞口感染がほとんどですが、性行為や輸血による血液感染の報告もあります。

潜伏期間 2～7 週間

症状

急な発熱、全身のだるさ、食欲不振、吐き気や嘔吐が見られ、数日後には黄疸（皮膚や目の白い部分が黄色くなること）が現れます。成人は小児よりも症状が現れやすく、高齢者では重症度と死亡率が高くなります。

その他

日本では、生活環境の改善に伴い A 型肝炎の発生は大幅に減少しましたが、その結果、60 歳未満の世代では免疫を持つ人がほとんどいなくなっているのが現状です。そのため、A 型肝炎が流行している国・地域へ渡航する際や、感染リスクの高い環境で生活・仕事をする場合には ワクチン接種が推奨されています。また、食品を扱う職業に従事する方にとっては、感染防止や集団感染の予防の観点からも予防接種が有効と考えられています。

●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〉

接種部位の痛み、腫れ、しこり、発赤、かゆみ、熱感など

〈全身〉

発熱、倦怠感、頭痛、頭が重く感じる（頭重感）、下痢、ほてり、筋肉痛など

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、口唇や喉の腫れなどの症状）、神経系の異常（けいれん、意識障害、しびれなどの症状）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℃以上）
- ・重度の急性疾患を患っている方
- ・過去に A 型肝炎ワクチンでアナフィラキシーを起こした方
- ・医師が接種不適当と判断した方
- ・ネオマイシン（アミノグリコシド系抗生物質）に対して過敏性がある方



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（生理が遅れているなど）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

	エイムゲン	Avaxim 160U
国内承認	承認済み	未承認（輸入ワクチン）
接種回数	2～3回	1～2回
料金	当院での取り扱いなし	14,500円/本
接種可能年齢	1歳以上	16歳以上
接種方法	皮下注射/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

国内承認ワクチンでは通常接種完了までに6か月程度必要ですが、輸入ワクチンでは最短1回で接種が完了するため渡航までの期間が短い方にお勧めしています。

●副作用被害補償制度について

Avaxim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（Avaxim：A型肝炎）

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 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A型肝炎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	
※特に注意が必要な薬や食品など □ネオマイシン(アミノグリコシド系抗生物質)				
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。 □ 妊娠している □ 妊娠の可能性ある(生理が予定より遅れているなど) □ 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)	医師名 印
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。	

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 】 Avaxim 【 製 造 元 】 Sanofi Pasteur 【 製 造 国 】 フランス		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 Wakuchin 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(Avaxim:A 型肝炎)

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

B型肝炎の接種を受けられる方へ

1. 予防できる病気

B型肝炎

2. このワクチンについて

組換えDNA技術を応用して開発されたB型肝炎ワクチンです。十分な予防効果を得るには4週間間隔で2回、更に初回の20～24週後に1回の皮下注射または筋肉内注射が必要です。

3. 接種を受ける時の注意

- ・ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう
- ・受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう
- ・当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認しましょう
- ・清潔な着衣をつけましょう
- ・予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう

4. 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

＜局所＞

注射部位の疼痛、腫脹、硬結、発赤、そう痒感、熱感など

＜全身＞

発熱、発しん、湿しん、そう痒、じんましん、紅斑、関節痛、肩こり、下痢、食欲不振、頭痛、眠気めまい、けいれん、倦怠感など

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。

ショック、アナフィラキシー（血圧低下、呼吸困難、顔面蒼白等）
多発性硬化症・急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群

5. 次の方は接種を受けないでください

- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重篤な急性疾患にかかっている方
- ・過去にB型肝炎ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある方
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい
- ・その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

6. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
- ・発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- ・かぜなどの症状が出はじめたと思われる方
- ・予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた方及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
- ・薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ・今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがある方
- ・過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある方
- ・妊婦又は妊娠の可能性のある方、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）
- ・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（筋肉注射部位の出血のおそれがある）

7. 接種後は以下のことに注意してください

- ・接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう
- ・接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすことはやめましょう
- ・接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です
- ・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください
- ・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るため、車の運転や高所での作業は注意しましょう

8. 医薬品副作用救済制度について

本剤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」により治療費等が支給さ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。



予防接種予診票（B型肝炎ワクチン）

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）

氏名

男・女

生年月日

西暦（年 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
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今日受けるB型肝炎ワクチンの予防接種を受けたことはありますか	はい （歳頃 回）	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：）			
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい （予防接種名：）	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	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：）			
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全症・悪性腫瘍・その他の病気	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 その病気の主治医には今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	はい （最後は 頃 回くらい 頃）	いいえ	
※「はい」と答えた方 ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい （で）	いいえ	
薬や食品などでアレルギー症状を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの（）			
近親者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	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい （予防接種名：）	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	
□ 妊娠している □ 妊娠の可能性ある（生理が予定より遅れているなど） □ 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
ビームゲン注 0.5mL		皮下・筋肉内注射 右 ・ 左	0.5mL （10歳以上）	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。

ポリオワクチンの接種を受けられる方へ

1. 予防できる病気

ポリオ

2. このワクチンについて

- ・不活化ポリオワクチンは3価のワクチンです。有効成分として、D抗原量で40単位の不活化ポリオウイルス1型(Mahoney株)、8単位の不活化ポリオウイルス2型(MEF-1株)および32単位の不活化ポリオウイルス3型(Saukett株)の3種類を含有しています
- ・不活化ポリオワクチンの接種は、初回免疫については、標準として生後3ヵ月から3週間以上の間隔をおいて3回接種します。1回目の追加接種については、初回免疫後6ヵ月以上の間隔をおいて1回接種します
- ・不活化ポリオワクチンの初回免疫および追加接種により高い免疫原性(感染から体を守る力)が示されますが、その力は経時的に減弱します
- ・4-6歳を対象として実施した試験において、2回目の追加接種により一度減弱した免疫原性が再度高まること が示されています
- ・このワクチンは、製造の初期段階に、ウシの成分(米国、カナダおよびオーストラリア産ウシ血清)が使用されていますが、その後の精製工程を経て、製品化されています。また、このワクチンはすでに世界90ヵ国以上で使用されており、1993年1月から2011年6月までで2.7億接種回数分以上が販売されていますが、このワクチンの接種が原因でTSE(伝達性海綿状脳症)にかかったという報告はありません。したがって、理論上のリスクは否定できないものの、このワクチンを接種された人がTSEにかかる危険性はほとんどないものと考えられます

3. 接種を受ける時の注意

- ・ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう
- ・受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう
- ・当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認しましょう
- ・清潔な着衣をつけましょう
- ・予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう

4. 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

<局所>

接種部位の発赤、腫脹など

<全身>

発熱、じんましん、そう痒など

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。

ショック、アナフィラキシー、けいれん

5. 次の方は接種を受けないでください

- ・発熱している方(37.5℃以上)
- ・重い急性疾患にかかっている方
- ・このワクチンの成分によってアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)をおこしたことがある方
- ・その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

6. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ・ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
- ・ 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱がみられた方、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状のみられた方
- ・ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
- ・ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- ・ このワクチンの成分に対してアレルギーをおこすおそれのある方
- ・ ポリペプチド系およびアミノグリコシド系の抗生物質に対してアレルギーの既往のある方（ワクチン製造時にこれらの抗生物質を使用しています）
- ・ 妊婦または妊娠している可能性のある方、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）

7. 接種後は以下のことに注意してください

- ・ 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう
- ・ 接種後1週間は体調に注意しましょう
- ・ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう
- ・ 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です
- ・ 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください
- ・ 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るため、車の運転や高所での作業は注意しましょう

8. 医薬品副作用救済制度について

本剤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」により治療費等が支給さ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。



予防接種予診票（ポリオワクチン）

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 (年 月 日)	保護者 氏名	未成年の場合のみ
氏名						
〒住所				TEL ー ー		

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について（ウシ成分の使用に関する説明を含む）説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか	(はい 歳頃 回)	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：)			
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	(病名： はい)	いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	(病名： はい)	いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	(病名： はい)	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	(予防接種名： 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	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：)			
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全症・悪性腫瘍・その他の病気	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 その病気の主治医には今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	(はい 頃 回くらい) (最後は 頃)	いいえ	
※「はい」と答えた方 ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	(はい 度)	いいえ	
薬や食品などでアレルギー症状を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの ()			
近親者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	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	(予防接種名： はい)	いいえ	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	(はい 頃)	いいえ	
【女性の方に】下記にあてはまることはありますか。 □ 妊娠している □ 妊娠の可能性ある（生理が予定より遅れているなど） □ 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
イモバックスポリオ皮下注		皮下注射 右 ・ 左	0.5mL	医院名	西梅田シティクリニック
				院長	赤松 敏之 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。

狂犬病ワクチン＜ChiroRab 1.0mL＞の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 **ChiroRab 1.0mL**

料金 **13,000 円 / 本**

接種回数 **3回**

接種スケジュール ①初回接種 ②初回接種の1週間後に2回目 ③初回接種の3～4週間後に3回目

有効性 適切な接種スケジュールを完了することで、ChiroRab は高い予防効果を示します。世界保健機関（WHO）の報告によれば、適切な予防接種により 95% 以上の防御効果が得られるとされています。

予防効果持続期間

3回の基礎接種を完了した場合、免疫効果は約2年間持続します。長期の免疫維持を必要とする場合は、追加接種が推奨されます。

■ 狂犬病について

感染経路

ほとんどすべての哺乳動物から感染する可能性があり、狂犬病ウイルスに感染した哺乳動物に咬まれるほか、傷口や目、口の粘膜をなめられることで神経系の細胞に感染します。また、ウイルスが付着した爪で引っかかることでも感染する可能性があります。

潜伏期間

ウイルスが直接中枢神経を侵した場合：10日程度

ウイルスが末梢の神経線維に感染した場合：1カ月～3カ月程度（極めてまれに発症までに数年の年月を要することもある）

症状

発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛、疲労感などの症状から始まります。その後、咬まれた部位に痛みや知覚異常、興奮や不安、錯乱・幻覚、攻撃的な行動、水を怖がるといった脳炎症状へと進行します。最終的には昏睡状態に陥り、呼吸停止により死亡することがあります。

その他

日本での人への感染は1957年以降はみられませんが、1970年と2006年に現地でイヌに咬まれて帰国後死亡した事例があります。海外では依然として多くの国で発生が続いており、特に東南アジア、中南米、アフリカなどでは人への感染例が多く報告されています。感染症法において4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が、通常は一時的なもので数日で消失します。

〈局所〉注射部位の赤み、腫れ、痛みなど 〈全身〉発熱、頭痛、倦怠感など

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、口唇や喉の腫れなどの症状）、ギラン・バレー症候群など

● 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。

- ・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
- ・過去に狂犬病ワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・鶏肉タンパク質に対する重篤なアレルギーがある方
- ・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
 - ・ゼラチンを含む製剤や食品に対して過敏性がある方（本製品はゼラチン由来の成分が含まれているため）
 - ・抗生物質のアムホテリシン B、クロルテトラサイクリン、ネオマイシンにアレルギーがある方
 - ・上記以外の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

	ラビピュール筋注用	ChiroRab 1.0mL
国内承認	承認済み	未承認（輸入ワクチン）
接種回数	3 回	3 回
料金	当院での取り扱いなし	13,000 円/本
接種可能年齢	全年齢	全年齢
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

国内ワクチンは 1 回あたり 17,000 円前後であることが多く、合計 3 回接種することを考えると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

ChiroRab 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。

予防接種予診票（ChiroRab：狂犬病）

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 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	
今日受ける狂犬病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() ※特に注意が必要な薬や食品など		はい	いいえ	
☐ アムホテリシンb ☐ クロルテトラサイクリン ☐ ネオマイシン ☐ 鶏肉 ☐ ゼラチンを含む食品				
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。 ☐ 妊娠している ☐ 妊娠の可能性ある(生理が予定より遅れているなど) ☐ 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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
※かっこの中のどちらかをえらんで下さい	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)	医師名
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 】 ChiroRab 【 製 造 元 】 Chiron Behring 【 製 造 国 】 インド		筋肉注射 右 ・ 左	1 mL	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(ChiroRab:狂犬病)

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

麻しん、風しん、おたふくかぜ三種混合ワクチン＜Priorix 0.5mL＞の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 **Priorix 0.5mL**

料金 **10,500 円 / 本** 接種回数 **1 ～ 2 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 1 回のみ
2 回接種する場合、初回接種から 4 週間以上空けて 2 回目接種

有効性 Priorix の 1 回接種により、以下の予防効果が報告されています。
●麻しん：約 93% ●風しん：約 97% ●おたふくかぜ：約 78%
2 回接種することで、麻しんの予防効果は約 97%、おたふくかぜの予防効果は約 88% に向上します。

予防効果持続期間 **約 10 年**

■麻しん、風しん、おたふくかぜについて

感染経路

＜麻しん＞

感染者に直接触ったり、咳やくしゃみによる飛沫感染や空気感染によっても感染します。

＜風しん＞

感染者に直接触ったり、咳やくしゃみによって飛沫感染します。麻しんとは違い、空気感染はありません。

＜おたふくかぜ・流行性耳下腺炎＞

感染者に直接触ったり、咳やくしゃみによって飛沫感染します。

潜伏期間

＜麻しん＞10 ～ 12 日 ＜風しん＞14 ～ 21 日

＜おたふくかぜ・流行性耳下腺炎＞2 ～ 3 週間（平均 18 日前後）

症状

＜麻しん＞

高熱、咳、鼻水が数日間持続し、口の中に小さな（約 1mm）白い発疹ができます。
熱は一度下がりますが、半日程で再び上昇し、その後体中に赤い発疹ができます。

＜風しん＞

発熱し、体中に発疹があらわれ、耳の後ろや首にあるリンパ節が腫れます。
妊婦がうつった場合には、妊娠週数によっては胎児に先天異常がおこる場合があります。

＜おたふくかぜ・流行性耳下腺炎＞

唾液腺の腫脹・圧痛、嚥下痛、発熱を主症状として発症し、通常 1 ～ 2 週間で軽快します。

その他

これらの病気は感染力が強く、ワクチンによる予防が非常に重要です。

●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、発疹、倦怠感、熱性けいれん、リンパ節の腫れなど

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、口唇や喉の腫れなどの症状）、
血小板減少性紫斑病、脳炎や脳症 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。

- ・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 MMR ワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・妊娠している方 ※ワクチン接種後は、少なくとも 2 か月間は妊娠を避けるよう推奨されています。
- ・免疫不全の方、または免疫抑制治療を受けている方
- ・家族に先天性免疫不全症の方がいる場合
- ・医師が接種不適当と判断した方

●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
 - ・MMR ワクチンに含まれる成分にアレルギー反応を起こす可能性がある方
 - ・家族・友人・クラスメートの間で麻しん（はしか）・風しん・おたふくかぜの流行があり、これらの病気にかかったことがない方
 - ・妊娠の可能性がある方、または妊娠を希望している方、授乳中の方
- ※ワクチン接種後 2 か月間は妊娠を避ける必要があります。 ※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。
- ・気管支喘息をお持ちの方
 - ・ラテックスアレルギーの方（本製品は薬剤の容器にラテックス（天然ゴム）が使用されているため）

●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。
- ・妊娠を避けましょう。
MMR ワクチンは生ワクチンのため、接種後 2 か月間は妊娠を控えることが推奨されています。

国内ワクチンとの比較

	風しん	乾燥弱毒生おたふくかぜ ワクチン「タケダ」	乾燥弱毒生麻しん風しん 混合ワクチン「タケダ」 (麻しん・風しん混合ワクチン)	Priorix 0.5mL (麻しん・風しん・ おたふくかぜ混合ワクチン)
国内承認	承認済み	承認済み	承認済み	未承認（輸入ワクチン）
接種回数	1～2回	1～2回	1～2回	1～2回
料金	6,000円/本	6,000円/本	10,000円/本	10,500円/本
接種可能年齢	生後12ヵ月～	生後12ヵ月～	生後12ヵ月～	生後12ヵ月～
接種方法	皮下注射	皮下注射	皮下注射	皮下注射
副作用救済制度	国の副作用救済 制度あり	国の副作用救済 制度あり	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

国内承認ワクチンには麻しん・風しん・おたふくかぜの三種混合ワクチンはないため 3 種類のワクチンを 1 度に接種できます。また、費用を抑えることができます。

●副作用被害補償制度について

Priorix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（Priorix：麻しん・風しん・おたふくかぜ）

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 (年 月 日)	保護者 氏名	未成年の場合のみ
氏名						
〒 - - 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	
今日受ける麻しん・風しん・おたふくかぜ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() ※特に注意が必要な薬や食品など □ ラテックス（ゴム製品）	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。 □ 妊娠している □ 妊娠の可能性がある（生理が予定より遅れているなど） □ 授乳中である	はい	いいえ	
接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
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？

(はい ・ いいえ)

* かつ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。	医師名
(実施できる ・ 見合わせた方がよい)	印
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。	

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 】 Priorix 【 製 造 元 】 GSK 【 製 造 国 】 ベルギー		皮下注射 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

輸入ワクチンについて(Priorix:麻しん・風しん・おたふくかぜ)

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

水痘ワクチンの接種を受けられる方へ

1. 予防できる病気

水痘

2. このワクチンについて

健康な小児に1回接種した場合、90%以上で抗体が陽転する。

3. 接種を受ける時の注意

- ・ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前に医師に相談しましょう
- ・受ける前日は入浴（又はシャワー）をして、体を清潔にしましょう
- ・当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところのないことを確認しましょう
- ・清潔な着衣をつけましょう
- ・予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
- ・予防接種を受ける方が女性の場合、あらかじめ約1ヵ月間は避妊しておきましょう
- ・生ワクチン（注射剤）の接種を受けた方は、通常、27日以上の間隔をおいてこのワクチンを接種してください。また、医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができます

4. 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

<局所>

注射部位の発赤、腫脹、硬結など

<全身>

発熱、発疹、蕁麻疹、紅斑、そう痒など

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（全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しいなど）
血小板減少性紫斑病（鼻血、歯ぐきの出血、あおあざができる、出血が止まりにくいなど）
無菌性髄膜炎（発熱、吐き気、頭痛、うなじがこわばり固くなって首を前に曲げにくいなど）

5. 次の方は接種を受けないでください

- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・過去に、水痘（みずぼうそう）ワクチンの接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある方
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
- ・妊娠している方
- ・その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

6. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ・心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
- ・発育が悪く医師、保健師の指導を継続して受けている方
- ・カゼなどのひきはじめと思われる方
- ・前に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを思わす異常がみられた方
- ・薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことがある方
- ・近親者の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどの病気が流行している時で、まだ、その病気にかかったことがない方
- ・妊娠の可能性のある方、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)

7. 接種後は以下のことに注意してください

- ・接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう
- ・接種後4週間は体調に注意しましょう
- ・接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう
- ・接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です
- ・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ・接種後2カ月間は避妊するようにしましょう
- ・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るため、車の運転や高所での作業は注意しましょう

8. 医薬品副作用救済制度について

本剤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」により治療費等が支給さ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。



予防接種予診票（水痘ワクチン）

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 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
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今までに水痘ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい （歳頃 回）	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか ※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：）	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか（気管支ぜんそくなど）	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい （病名：）	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい （予防接種名：）	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 ※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか（症状：）	はい	いいえ	
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 先天性異常 ・ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ・ 血液 ・ 脳神経 ・ 免疫不全症 ・ 悪性腫瘍 ・ その他の病気 ※「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よいといわれましたか	はい	いいえ	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか ※「はい」と答えた方 ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい （最後は 頃 回くらい 頃）	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）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	
近親者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	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい （ 頃）	いいえ	
【女性の方に】下記にあてはまることはありますか。 □ 妊娠している □ 妊娠の可能性がある（生理が予定より遅れているなど） □ 授乳中である	はい	いいえ	
接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
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）

医師名

印

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。

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
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」		皮下注射 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。

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
 - ・医師が接種不適当と判断した方

●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	年	月	日
氏名				(	歳	月	日
							保護者氏名
							未成年の場合のみ
〒					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。		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)にかかり診察を受けていますか。		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	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。		はい	いいえ	
☐ 妊娠している ☐ 妊娠の可能性がある(生理が予定より遅れているなど) ☐ 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：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。	医師名
(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。	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

ダニ媒介性脳炎ワクチン<FSME IMMUN 0.5mL>の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 **FSME IMMUN 0.5mL**

料金 **10,500 円 / 本**

接種回数 **2 ～ 3 回**

接種スケジュール

< 通常接種 >

①初回接種 ②初回接種の1～3カ月後に2回目 ③2回目接種の5～12か月目後に3回目

< 迅速接種 >

①初回接種 ②初回接種の2週間後に2回目 ③2回目接種の5～12か月目後に3回目

※2回接種で効果は得られるため、長期免疫獲得の必要がなければ2回接種も可能

有効性 最初の2回を接種すれば、十分な予防効果が期待できる。

予防効果持続期間 3回接種で3年

■ダニ媒介性脳炎について

感染経路

ダニ媒介脳炎ウイルスをもつダニに咬まれることによりうつります。
また、このウイルスに感染した動物（ヤギ等）から生産された乳製品からうつることもあります。
人から人へは減多にうつりませんが、まれに輸血や母乳からうつることがあります。

潜伏期間 4～28日（多くは7～14日）

症状

頭痛、発熱、悪心・おう吐などの症状が現れます。
自然に回復することが多いですが、めまい、羞明（光を異常に眩しく感じる）、構語障害、歩行困難、自律神経失調、昏睡などの重篤な髄膜炎・脳炎症状が現れ、重症化する場合があります。

その他

この病気には有効な治療薬がなく、予防が最も重要とされています。
特に流行地域に住んでいる方や、森林や草原での活動が多い方には、ワクチン接種が強く推奨されます。

●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〉注射部位の痛み、赤み、腫れなど 〈全身〉軽い発熱や倦怠感、頭痛、筋肉痛など

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、口唇や喉の腫れなどの症状）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℃以上）
- ・重度の急性疾患を患っている方
- ・過去にダニ媒介性脳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
- ・ホルムアルデヒド、ネオマイシン、ゲンタマイシン、硫酸プロタミン（本製剤の製品残留物）に対するアレルギーがある方
- ・卵タンパク質および鶏肉タンパク質に対する重篤なアレルギーがある方
- ・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。
- ・ネオマイシンおよびゲンタマイシン以外のアミノグリコシド系抗生物質にアレルギーがある方

●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

	タイコバック	FSME IMMUN 0.5mL
国内承認	承認済み	未承認（輸入ワクチン）
接種回数	3回	2～3回
料金	当院での取り扱いなし	10,500円/本
接種可能年齢	16歳以上	16歳以上
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

国内承認ワクチンでは3回の接種完了までに最短で6か月程度必要ですが、輸入ワクチンでは2回の接種でも効果が認められており最短2週間で接種が完了するため渡航までの期間が短い方にお勧めしています。

●副作用被害補償制度について

FSME IMMUN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（FSME-IMMUN：ダニ媒介性脳炎）

					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	年	月	日
氏名				(	歳	か月)	保護者氏名
							未成年の場合のみ
〒					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	
今日受けるダニ媒介性脳炎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)にかかり診察を受けていますか。	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	いいえ	
※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの()			
※特に注意が必要な薬や食品など			
☐ ネオマイシンやゲンタマイシン等のアミノグリコシド系抗生物質 ☐ 硫酸プロタミン ☐ ホルムアルデヒド ☐ 卵白・鶏肉			
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。	はい	いいえ	
☐ 妊娠している ☐ 妊娠の可能性ある(生理が予定より遅れているなど) ☐ 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: 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。	医師名
(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。	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 】 FSME-IMMUN 【 製 造 元 】 Pfizer 【 製 造 国 】 ドイツ		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

輸入ワクチンについて(FSME IMMUN:ダニ媒介性脳炎)

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