

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カ月または 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、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°C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つた方
- ・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。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							°C		
(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)にかかり診察をうけていますか。 (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()	はい	いいえ				
※特に注意が必要な薬や食品など 口ネオマイシン(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つ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】下記にあてはまることがありますか。	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	はい	いいえ				
その他、健康状態のことなど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)
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: 紙柄()

*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
<input checked="" type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 見合わせた方が良い	
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】 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 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。

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

腸チフスワクチン<Typbar TCV>の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 Typbar TCV

料金 9,500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 接種後2週間で抗体が形成される

予防効果持続期間 約3年

■腸チフスについて

感染経路

サルモネラ属のチフス菌に感染した人の便や尿に汚染された水、氷、食べ物を取ることによって移ります。ごく少量の菌によって感染することもあります。

潜伏期間 1～3週間

症状

高熱、頭痛、全身のだるさに加え、高熱時に数時間続く胸や背中、腹部の淡いピンク色の発疹や便秘が現れます。特徴的な症状として、熱の高さに対して脈が遅くなる傾向があります。

重症化すると、腸からの出血や腸に穴が開く危険性があります。

その他

衛生環境が整っていない地域では、特に感染が発生しやすく、南アジア、東南アジア、アフリカ、中南米などの感染リスクが高いとされています。

予防には、ワクチン接種が効果的です。また、手洗いをこまめに行い、十分に加熱された水や食べ物を選ぶことも大切です。果物を食べる際は、皮に傷がないものを選び、なるべく自分でむいて食べるようしましょう。

●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〉接種部位の腫れ、痛みなど 〈全身〉発熱、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）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。

- ・肺炎球菌ワクチンを同日に接種した人
- ・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
- ・過去に腸チフス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



西梅田シティクリニック

●注意が必要な方

- ・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つた方
 - ・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

	タイフィム ブイアイ注シリンジ	Typbar TCV
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	当院での取り扱いなし	9,500円/本
接種可能年齢	2歳以上	生後6か月～65歳未満
接種方法	筋肉内注射/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

●副作用被害補償制度について

Typbar TCV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。

予防接種予診票 (Typbar TCV : 腸チフス)

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 °C					
(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	
今日受ける腸チフス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)にかかり診察をうけていますか。 (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、体の具合が悪くなつ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つ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がありますか。	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	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: 紙柄()

*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】 Typbar TCV 【製造元】 Bharat Biotech 【製造国】 インド		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(Typbar TCV: 腸チフス)

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。
妊娠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、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°C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疹（はしか）・風疹・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」	乾燥弱毒生麻疹・風疹・おたふくかぜ混合ワクチン	Priorix 0.5mL (麻疹・風疹・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カ月～	生後12カ月～	生後12カ月～	生後12カ月～
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疹・風疹・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。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)

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							°C
(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	
今日受ける麻しん・風しん・おたふくかぜワクチンは何回目ですか。	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)にかかり診察をうけていますか。 (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、体の具合が悪くなったりすることがありますか。 ※「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 □ ラテックス(ゴム製品)		
花粉症、アトピー性皮膚炎、せ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りすることがありますか。(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りの方がいますか。	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】下記にあてはまることがありますか。	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	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、健康状態のことなど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

代理人の場合は: 紙柄()

*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 ・ 見合わせた方が良い)	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 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。

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°C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のある方
- ・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のある方
- ・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ヶ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。



西梅田シティクリニック

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 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	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りていますか (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しん、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、具合が悪くなつ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 その病気を貰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	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 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 (℃)	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、体の具合が悪くなつ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
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】下記にあてはまることがありますか。	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		
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	はい
その他、健康状態のことご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: 紙柄()

* 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
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」		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
				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。