

任意接種用

腸チフスワクチン問診票 (TYPHIM Vi)

※太枠内をご記入下さい。

年 月 日

住所			電話		
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日	
			(満 歳 ヵ月)		
			診察前の体温	度 分	

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、説明文を読みましたか	いいえ	はい	
今日、身体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方のみ →その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けていいと言われましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	
※「はい」と答えた方のみ → ()歳頃 また、そのとき熱は出ていましたか	はい	いいえ	
薬や食品で発疹やじんましんが出たことや身体の具合が悪くなったことはありますか	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らっしゃいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	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人はいますか	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血もしくはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
(女性の方へ)現在妊娠の可能性(生理が遅れているなど)はありますか。 ※妊娠中の方は時期と渡航・感染のリスクを考慮する必要があります。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ()			

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

本人あるいは保護者に対して予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました

医師サイン

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について同意した上で、今回の予防接種を希望しますか (希望する ・ 希望しない)

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。

本人または保護者サイン:

(続柄:)

接種ワクチン名	接種量	接種部位	接種場所・医師名・接種日
Lot No.	0.5ml	皮下接種 上腕・大腿 右・左	MYメディカルクリニック 医師: 接種日: 年 月 日

腸チフスワクチンの接種について

予防接種の実施に当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。
予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。

【腸チフスについて】

主にヒトの糞便で汚染された食物や水が疾患を媒介し、通常、7～14日（報告によっては3～60日）の潜伏期間を経て、発熱、頭痛、食欲不振、全身倦怠感などの症状を発症します。高熱時には、胸や背中、腹の淡いピンク色の発疹、便秘などの症状が現れます。重大な症状として、腸から出血したり、腸に穴が開いたりすることがあります。南アジアでは他の地域の6倍～30倍感染のリスクが高いと言われています。他に、東南アジア、アフリカ、カリブ海、中央および南アメリカが危険のある地域です。感染したヒトの便や尿に汚染された水、氷、食べものを取ることで移るため、衛生環境の良くない地域では生物や氷を避けて火の通ったものを摂取してください。

【ワクチンの特徴と副反応】

- ・腸チフスワクチンは輸入ワクチンです。
- ・多くの場合、1回の接種で約3年程度の抗体の獲得が期待できます。その後は追加接種をご検討ください。
- ・副反応として、接種箇所の腫れ、熱（高温）、注射による失神、頭痛、喘息、下痢、腹痛、吐き、関節や筋肉の痛み、ざらつきやかゆみを伴う発疹、倦怠感、全体的な気分の悪さなどが起きる場合があります。
- ・また、稀に重篤なアレルギー反応（アナフィラキシー）が起きる場合があります。接種後すぐにじんましんや発疹、顔あるいは喉の腫れ、息苦しさ、舌あるいは唇に青みがかかる、低血圧、心拍数の急激な上昇と弱い脈拍、肌が冷たくなる、めまいと転倒の可能性などのような症状が現れた場合には速やかに医師に連絡してください。
- また、接種から2～4週間後に下記のような症状が起きた場合にも速やかに医師に相談してください。
- ・関節の痛み、じんましん、リンパ腺の腫れ、および全体的な気分の悪さ

【予防接種が受けられない人】

- ・明らかに発熱のある人（37.5℃を超える人）
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ・過去にワクチンの成分やアセトアルデヒドにより、アナフィラキシーを起こしたことがある人（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、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。）
- ・医師より免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
- ・医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【医師との相談が必要な人】

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気など基礎疾患のある人
- ・発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- ・予防接種を受けた2日以内に発熱、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人
- ・けいれんを起こしたことがある人 ・妊娠している、もしくは妊娠の可能性のある人
- ・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のある人
- ・腸チフスワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれのある人

【接種後の注意事項】

- ・ワクチン接種後の30分間は急な副反応が起きる場合があります。医療機関にいるか、すぐに連絡をとれるようにしてください
- ・入浴は可能ですが、注射した部位をこすらないようにしてください
- ・接種当日の激しい運動や大量の飲酒はやめましょう
- ・万が一、高熱やけいれんなどが起きた場合には速やかに医師の診察を受けてください
- ・接種後、違和感や疲労感を感じた場合には、運転や機械を使用をしないでください。

国内未承認ワクチン同意書 (Boostrix)

MYメディカルクリニック

〒150-0042
東京都渋谷区宇田川町20-17
NMF渋谷公園通りビル5階

TEL:03-4579-9011 FAX:03-6452-5102

国内未承認 ワクチン について	日本国内で承認されているワクチンは予防接種法、施行令によって健康被害に対する救済制度がありますが、国内未承認ワクチンは対象外となります。 そのため、本ワクチンの副作用についての補償制度は当院がワクチンの輸入を行う企業(株式会社インターナショナルメディカルマネージメント)の補償制度に従うこととなります。 内容はこちら(http://www.imm-c.com/productlink.html)をご覧ください。
-----------------------	---

腸チフスワクチン (TYPHIM Vi) について	腸チフスに有効なワクチンがありますが、現在日本では認可されているワクチンがないため、リスクのある地域に渡航される方用に本ワクチンを取り扱っております。 主にヒトの糞尿を介して、感染することが多いため、衛生環境のよくない地域に行かれる場合には接種をご検討ください。
---------------------------------	--

私は _____ 様(及び保護者)に本ワクチンの効果・目的・副反応・補償制度・同意しない場合にも不利益を被らないことについて説明しました。

説明した医師の署名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

私は上記医師より本ワクチンの効果・目的・副反応・補償制度・同意しない場合にも不利益を被らないことの説明を受けて理解した上で、本ワクチンの接種の接種を希望します。

接種対象者氏名 _____

接種対象者住所 _____

署名(本人もしくは保護者) _____ (続柄: _____)

_____ 年 _____ 月 _____ 日