



A型・B型肝炎混合ワクチン（輸入ワクチン：Twinrix） の接種を受けられる方へ

舟入おとなこども総合診療クリニック

ワクチンの種類	Twinrix：GSK製
料金	13,000円 / 本

■ A型肝炎・B型肝炎について

A型肝炎ウイルスによる急性肝炎です。主な症状は発熱、黄疸（皮膚や目が黄色くなる）、腹痛、食欲不振、全身の倦怠感などです。多くは数週間で回復しますが、高齢者（特に50歳以上）では約2%が劇症化し、命に関わるリスクがあります。発症の前後2週間は便の中にウイルスが排出され、感染力が非常に強いので、周囲へ広める可能性があります。B型肝炎はウイルスによる肝炎で、慢性化すると肝細胞癌の原因となるほか、免疫抑制剤の使用によりウイルスが再活性化する「de novo肝炎」を引き起こすこともあります。初感染者の約2%が劇症化するとされています。

■ 感染経路・流行地域

感染経路：A型肝炎は主にウイルスに汚染された水や食べ物（二枚貝、生鮮野菜、カットフルーツ等）を介した経口感染です。また、感染者との密接な接触によっても感染します。B型肝炎は、性行為や医療・美容行為（ピアスや入れ墨など）による血液・体液からの感染、および濃厚接触によるヒトからヒトへの感染が報告されています。

流行地域：A型肝炎は中国、東南アジア、アフリカ、中南米など、世界中の広い地域で見られます。B型肝炎はサハラ以南のアフリカ、東アジア（中国、東南アジア）では慢性感染の割合が5～10%とされています。

■ ワクチンについて（ツインリックス：GSK製）

ツインリックス（Twinrix）は、A型肝炎とB型肝炎の双方を同時に予防できる効率的な混合ワクチンです。

・適応年齢・投与量：

18歳以上の方を対象に、1.0mlを筋肉内に接種します。

・接種回数・スケジュール：

・通常接種法：合計3回（初回、1ヶ月後、6ヶ月後）。

・緊急接種法：合計4回（初回、7日後、21～30日後、1年後）。

・接種方法：筋肉内注射（IM）。

・効果持続：A型肝炎は約15年間、B型肝炎はほぼ一生の保護効果が期待できます。

■ 副反応・注意事項

・**主な副反応：**注射部位の痛み、赤み、腫れ、違和感が生じることがあります。まれに発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛などが起こります。

・**重大な副反応：**ごくまれにアナフィラキシーショックを起こす可能性があります。

【重要】禁忌＜予防接種が受けられない方＞

- ・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
- ・医師が接種不相当と判断した方
- ・Twinrixの成分（不活化A型肝炎ウイルス、遺伝子組換えB型肝炎表面抗原、酵母、ネオマイシンなど）に対して過敏性がある方

■ 安全性に関する注意事項（医師との相談が必要な方）

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師から受けている方／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。）

■ 健康被害補償制度について



A型・B型肝炎混合ワクチン（輸入ワクチン：Twinrix） の接種を受けられる方へ

舟入おとな子ども総合診療クリニック

本剤は輸入ワクチンのため、公的な救済制度の対象外ですが、輸入代行業者による独自の副作用救済制度を利用できる場合があります。万が一、接種後に体調の変化が現れた場合は、速やかに当院までご連絡ください。

渡航ワクチン予診票

体温	℃	氏名	
----	---	----	--

受診者情報

氏名	(フリガナ) (氏名)	保護者氏名	
生年月日	年 月 日	年齢・性別	(歳 ヶ月) 男 ・ 女
住所	〒		
電話番号			

質問事項

質問内容	回答	医師記入
1. 今日受ける予防接種の説明書を読み、理解しましたか。	はい・いいえ	
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。	はい・いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい・いいえ	
4. 最近1か月以内に病気（発熱等）にかかりましたか。	はい・いいえ	
5. 4週間以内に他の予防接種を受けましたか。	はい・いいえ	
6. 今までに重い病気にかかったことがありますか。	はい・いいえ	
7. 今までに、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい・いいえ	
8. 薬や食べ物でアレルギー（じんましん等）がありますか。	はい・いいえ	
9. 今までの予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	はい・いいえ	
10. 家族に予防接種で具合が悪くなった方はいますか。	はい・いいえ	
11. 家族に先天性免疫不全の診断を受けた方はいますか。	はい・いいえ	
12. 【女性の方へ】現在、妊娠中またはその可能性、授乳中ですか。	はい・いいえ	

[特記事項・健康相談]

上記内容に相違なく、説明を理解した上で接種を希望しますか？

はい・いいえ

署名： _____

(続柄： _____)

医師記入欄

診察の結果、本日の接種は：（可能・見合わせ）

医師名： 柿本 聖樹 接種日： 令和 年 月 日

接種予定ワクチン・予防薬記入票

接種予定ワクチン・予防薬一覧

選択	ワクチン名 / 予防薬	ロット番号	対象年齢	用法・用量	接種部位
<input type="checkbox"/>	A・B型肝炎 Twinrix		16歳~	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	A型肝炎 Havrix 1440		18歳~	筋注 1.0mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	A型肝炎 Havrix 720		1~17歳	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	B型肝炎 ビームゲン		0~9歳	皮下 0.25mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	B型肝炎 ビームゲン		10~17歳	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	B型肝炎 ビームゲン		18歳~	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	狂犬病 ChiroRab/Verorab		6ヶ月~	筋注 1.0/0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	腸チフス Typbar TCV		6ヶ月~	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌4価 メンクアッドフィ		2歳~	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	B群髄膜炎菌 Bexsero		10~25歳	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	コレラ Dukoral		2歳~	経口	-
<input type="checkbox"/>	ダニ媒介脳炎 タイコボックス		1~15歳	筋注 0.25mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	ダニ媒介脳炎 タイコボックス		16歳~	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>	破傷風・ジフテリア・百日咳 Boostrix		10歳~	筋注 0.5mL	上腕(左上・左下)(右上・右下) 大腿 (左・右)
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	マラリア予防薬 マラロン		15歳~	-	-
<input type="checkbox"/>	高山病予防薬 ダイアモックス		15歳~	-	-

実施場所・医師名

実施場所	舟入おとなとこども総合診療クリニック	医師名	柿本 聖樹
------	--------------------	-----	-------

注意事項

輸入ワクチンは国内未承認のため、公的な救済制度（予防接種健康被害救済制度等）の対象外となる場合があります。万が一の副反応に備え、輸入代行業者が提供する独自の救済制度が適用されます。詳細は NI FUJI 救済制度（<https://www.nifuji.jp/compensation>）をご確認ください。