

ワクチンの種類	Typbar TCV：Bharat Biotech 製
料金	12,000 円 / 本

腸チフスについて

サルモネラ属のチフス菌によって引き起こされる全身性の感染症です。1～3週間の潜伏期間の後、高熱、頭痛、全身のだるさに加え、胸や腹部の淡いピンク色の発疹（パラ疹）や便秘が現れます。特徴的な症状として、高熱のわりに脈拍が速くならない「比較的徐脈」が見られることもあります。重症化すると腸から出血したり、腸に穴が開いたり（腸穿孔）する危険性があり、非常に注意が必要です。

感染経路・流行地域

感染経路：チフス菌に汚染された水、氷、食べ物などを摂取することで感染する「経口感染」です。ごく少量の菌でも感染が成立するため、衛生環境が不十分な地域では特に注意が必要です。

流行地域：南アジア（インドなど）、東南アジア、アフリカ、中南米などで高い感染リスクがあるとされています。

ワクチンについて（Typbar TCV：Bharat Biotech製）

当院では、WHO（世界保健機関）でも承認されているコンジュゲートワクチン「Typbar TCV」を採用しています。

- ・**適応年齢・投与量：**生後6ヶ月から65歳未満の方が対象で、0.5mlを接種します。
- ・**接種回数・スケジュール：**通常、1回の接種で完了します。接種後約2週間で抗体が形成されます。
- ・**接種方法：**筋肉内注射（IM）。
- ・**効果持続：**1回の接種により、約3年間の保護効果が期待できます。

副反応・注意事項

- ・**主な副反応：**接種部位の痛み、赤み、腫れのほか、全身症状として発熱、倦怠感などが一時的に現れることがあります。
- ・**重大な副反応：**極めて稀ですが、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難等）が起こる可能性があります。

【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Typbar TCVの成分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
- ・重度の卵アレルギーがある方

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

本ワクチンは輸入ワクチンのため、公的な「予防接種健康被害救済制度」の対象外となります。万が一、接種後に重篤な副反応が生じた場合は、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。異常を感じ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。