

ワクチンの種類	Bexsero
料金	26,800 円 / 本

■ 侵襲性髄膜炎菌感染症 について

髄膜炎菌が血中や髄液に侵入し、髄膜炎や敗血症を引き起こします。進行が非常に早く、発症後24～48時間以内に死に至ることもある極めて重篤な疾患です。アフリカ中央部には「髄膜炎ベルト地帯」という、大流行が起きやすい地域があります。先進国でも流行することがあります。髄膜炎菌は血清型（細胞の型）によって13以上の種類に分類され、その中で6種類（A、B、C、W、X、Y）が流行を起こすといわれています。留学、学生寮、海外渡航、提出書類の要件では、まず髄膜炎菌4価ワクチンの確認が重要になることが多い一方、B群髄膜炎菌ワクチンは学校や施設が個別に求めている場合があります。

■ 感染経路・流行地域

感染経路：既に髄膜炎菌をもっている人のせきやくしゃみなどで飛び散った唾のしぶきなどを吸い込んで感染します。

流行地域：主に欧州（イギリス、ノルウェー、フィンランドなど）、北米、オーストラリアなど先進国での散發的な小規模流行が特徴です。

■ ワクチンについて（Bexsero（ベクセロ））

B群髄膜炎菌を予防する輸入ワクチンです。淋菌への予防効果も指摘されています。

- ・**適応年齢・投与量：**各0.5mlを筋肉内に接種します
- ・**11歳以上：**2回接種（0日・1～2か月後：英国・欧州推奨/0日・6か月後：米国推奨）
- ・**渡航まで期間が短い場合：**3回接種（0日・1～2か月後・6か月後）
- ・**高リスク者：**無脾症、補体欠損、補体阻害薬使用中、髄膜炎菌を扱う方、アウトブレイク関連などは0か月、1～2か月、6か月の3回接種
- ・**効果持続：**2～5年

■ 副反応・注意事項

- ・**主な副反応：**注射部位の疼痛、発赤、腫れ。まれに発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛。
- ・**重大な副反応：**ごくまれにアナフィラキシーショック（重鋭なアレルギー反応）。

【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
- ・本剤の成分（アルミニウム、ヒスチジン等）に対して重篤な過敏症を起こしたことがある方
- ・過去に本剤の接種で重篤な副反応を起こしたことがある方
- ・医師が接種不相当と判断した方

■ 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、国の「予防接種健康被害救済制度」の対象外となります。万が一重篤な副作用が生じた場合は、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。異常を感じた際は、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。