

ワクチンの種類	デュコラル：Valneva 製
料金	15,000 円 / 本

コレラについて

コレラ菌が排出する毒素によって引き起こされる消化器感染症です。多くは軽症ですが、重症例では「米のとぎ汁状」と形容される激しい下痢や嘔吐を繰り返し、急速な脱水状態に陥る危険があります。適切な治療を行わない場合、死に至ることもある非常に進行の早い疾患です。

感染経路・流行地域

感染経路：主にコレラ菌に汚染された水や食べ物（生のもの、氷など）を介した経口感染です。

流行地域：アフリカ、東南アジア、インド、中南米などの発展途上国を中心に流行しています。

ワクチンについて（デュコラル：Sanofi Pasteur製）

デュコラル（Dukoral）は、飲むタイプの不活化ワクチンです。

- **適応年齢**：2歳以上が対象です。
- **服用回数・スケジュール**：6歳以上 合計2回（1～6週間隔） 2歳～5歳 合計3回（1～6週間隔）
- **効果持続**：2年間の保護効果があります。また、接種後最初の3ヶ月間は、病原性大腸菌による「旅行者下痢症」の予防効果も期待できます。


注意事項

このワクチンは服用方法に特徴があります。正しく効果を得るために以下の手順を守ってください。

1. 飲食の制限：服用前後1時間は、飲食や他の薬剤の内服を避けてください。
2. バッファー液の準備：専用のパウダーを約150mlの水に溶かします。2歳～5歳のお子様は、この液を半分捨ててから次に進みます。
3. ワクチンの混合：ガラス容器（ワクチン）をよく混ぜ、バッファー液に入れてさらに混ぜてから服用します。混ぜた後は2時間以内に飲み切ってください。

『デュコラルの服用手順』


1




服用前のご注意

服用の約1時間前から、
飲食を控えてください。

飲食禁止



2




バッファー液の準備

1. 粉末を約150 mLの水に溶かします。
2. 【2～5歳のお子様】半分
(約75 mL)を捨ててください。




3



ワクチンの混合と服用

飲みきること

1. 小瓶をよく振ります。
2. 小瓶の中身をバッファー液に混ぜます。
3. 2時間以内に全て飲みきってください。



舟入おとな子ども総合診療クリニック

【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Dukoralまたは類似のワクチンで重篤な過敏症（アナフィラキシーなど）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。）

副反応・注意事項

- **主な副反応**：まれに下痢、腹痛、腹部膨満感、吐き気などが起こることがあります。
- **服用できない方**：過去にこのワクチンでアレルギーを起こした方、発熱中の方、重い胃腸疾患がある方、2歳未満の方は服用できません。

健康被害補償制度について

本剤は輸入ワクチンのため、国内の公的救済制度（PMDA）の対象外ですが、輸入代行業者による独自の副作用被害補償制度を利用できる場合があります。服用後に気になる症状が現れた場合は、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。