

(別紙 1)

接種不適合者と接種注意者

接種不適合者

1. ワクチン成分に対するアレルギー： 鶏卵、ゼラチン
2. 9 か月齢未満

接種注意者

1. 過去のアナフィラキシーショック歴
2. 免疫抑制者：  
AIDS 患者 (CD4+が 400 以下)  
免疫抑制剤服用中  
白血病、リンパ腫、胸腺疾患、がん、などで治療中の人

薬とワクチン禁忌		
ステロイド	プレドニゾロンなど 細胞性免疫抑制	プレドニゾロン換算で 2 週間以上 体重 10kg 以下で 2mg/kg/日以上 体重 10kg 以上で 20mg/日以上 生：禁忌。ステロイド服用中止後 1 か月以上あけて接種。BCG は 6 か月あけて接種。
免疫調整薬	サラゾスルファピリジン	40mg/kg/日以上
	レフルノミド	0.25～0.5mg/kg/日以上
免疫抑制薬	メトトレキサート	15mg/m2/週以上
	シクロスポリン A	2.5mg/kg/日以上
	アザチオプリン	1～3mg/kg/日以上
	経口シクロホスファミド	0.5～2mg/kg/日以上
	6-メルカプトプリン	1.5mg/kg/日以上

予防接種又は予防薬の国際証明書

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

氏名  
This is to certify that [name]

生年月日  
date of birth

性別  
sex

国籍  
nationality

国民識別番号(有する場合)  
national identification document, if applicable

署名  
whose signature follows

この証明書は、上記のものが国際保健規則に基づき下記の日付に(疾患名または症候名)

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:(name of disease or condition)

の予防接種又は予防薬の投与を受けたことを証明するものである。

in accordance with the International Health Regulations.

ワクチン又は予防薬名 Vaccine or prophylaxis	年月日 Date	接種監督医師の所属と署名 Signature and professional status of supervising clinician	ワクチン、予防薬の製造所と製造番号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	証明書の有効期間 Certificate valid from until	実施機関の公印 Official stamp of administering centre

この証明書は、世界保健機関により承認されたワクチン又は予防薬が使用された場合に限り有効である。

この証明書には、予防接種又は予防薬投与の実施を監督する医師又は公認の医療従事者が署名しなければならない。

この証明書には実施機関の公印が押されていないといけない。ただし公印は署名に代わるものではない。

この証明書に何らかの改変、削除、または記入漏れがあった場合には、証明書が無効になることがある。

この証明書は、投与したワクチン又は予防薬の示す有効期間の間有効である。本証明書は、英語、またはフランス語ですべて記入しなければならない。本証明書中に、英語又はフランス語以外の言語を併記してもよい。

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.

This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis.

The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French.

The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

---

## 黄熱ワクチン接種について（配布用）

本日の黄熱予防接種の流れと注意事項です。

### 1. 黄熱ワクチンを接種できない人、注意が必要な人

ゼラチンや鶏卵の強いアレルギー(卵やゼラチンを加熱や加工すれば食べられる場合は接種可能)

免疫抑制剤、抗がん剤、生物学的製剤、放射線療法中で感染症にかかりやすくなっている人（易感染性）

免疫不全、エイズ（AIDS）を発病している人。

9 か月齢未満の乳児、

9 か月齢未満の乳児に授乳している人（1 か月断乳するなら接種可）

妊娠中の人。（感染リスクが非常に高い場合は応相談）

体温が 37.5℃以上の人

### 2. 受付

「黄熱ワクチン接種について」（この紙）、「予診票」、「予防接種又は予防接種の国際証明書」（イエローカード、黄色い A5 サイズの紙）をお渡しします。記入して受付に出してください。

イエローカードに、下図要領で氏名、生年月日、性別、国籍をブロック体で記入し、署名欄にパスポート記載と同じ署名をしてください（□で囲った部分） 丁寧に記入してください。ネット予約した内容で印字してある場合にはスペルを確認してください。記入ミスがある場合には交換しますので受付にお申し出ください。

**イエローカード記入方法：**（例：やまだ いちろう、2003 年 2 月 2 日生 男  
パスポートに漢字でサインしている場合）

黒か青のボールペンで、氏名、生年月日、性別、国籍、署名欄に、パスポートの記述と同じに記入する。

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

YAMADA ICHIRO

氏名 This is to certify that [name] } 生年月日 } 02 FEB 2003

性別 } M } 国籍 } JAPAN } 国民識別番号(有する場合) }

sex } M } nationality } JAPAN } national identification document, if applicable }


署名 whose signature follows } 山田一郎 } 国民識別番号は日本には無いので空欄

この証明書は、上記の者が国際保健規則に基づき下記の日付に(疾患名または症候名) } Yellow Fever

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition) }

の予防接種又は予防薬の投与を受けたことを証明するものである。

in accordance with the International Health Regulations.

ワクチン又は 予防薬名 Vaccine or prophylaxis	年月日 Date	接種監督医師の所属と署名 Signature and professional status of supervising clinician	ワクチン、予防薬の 製造所と製造番号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	証明書の有効期間 Certificate valid from until	実施機関の公印 Official stamp of administering centre
Yellow Fever	16 Jan 2024	Meitetsu Hospital Vaccinations Center Nagoya City, 451- 8511, Japan  Hitoshi Kikuchi, M.D.	Sanofi Pasteur 3K007A	Jan 26, 2024  LIFE TIME	

接種後に  
医師サイン

接種後に病院  
スタンプ

### 3. 診察室での接種

順番にお呼びします。

原則として上腕（二の腕）に皮下接種します。可能なら上着は待合室で脱いでお待ちください。

接種部位を通常はアルコール綿で消毒します。アルコールアレルギーの方はお申し出ください。非アルコール消毒綿を使います。

注射すると脈が遅くなって気持ち悪くなったり頭がクラクラして倒れたりしたことがある方は、接種前にお知らせください。お申し出ください。（迷走神経反射）横臥で接種します。

### 3. 接種後

受付でお呼びします。パスポートで本人と記載内容を確認後、イエローカードと診療明細書と外来生産案内書をお渡しします。氏名欄と、医師署名、病院スタンプがあることを確認してください。接種の 10 日後から、一生有効です。

料金は、一人当たり 23,300 円です。会計機械は 2 階と 3 階に、会計窓口は 2 階にあります。会計機械に外来生産案内書のバーコードをかざしてください。現金と IC チップのクレジットカードが使えます。1 階にコンビニ ATM があります。

**4. 接種後の副反応：** 接種後に以下の症状が出ることがあります。

アナフィラキシーショック： ワクチン成分に対する重篤なアレルギー反応です。100 万人に一人程度で、全身に急激に発疹やかゆみが出たり、のどがイガイガイとした違和感がでて、呼吸困難等重症化します。すぐスタッフか周囲の方に助けを求めてください。助けを求められた方は大声で「助けて」と声をあげてスタッフにお知らせください。ご協力お願いいたします。過去に強いアレルギー症状が出たことのある方は接種後 30 分程度待合室で様子を見ていってください。

迷走神経反射： 注射刺激により 15 分程度以内に頭がふらふらして転倒したり意識を失う症状が出ます。5～30 分程度横臥していると回復します。転倒してけがをしないように、すぐに、しゃがむか横になってください。

接種部位の痛み： 10%くらいの人に、接種後 2～3 日間出現します。冷やすと少し楽になります。

発熱、頭痛、倦怠感： 1～5%くらいの人に、接種後 1～2 週間後頃に出現します。2～3 日で回復しますので、対症療法で解熱剤などを使ってください。

脳炎、肝炎症状： 50 万人に 1 人程度、高熱と激しい頭痛やけいれん、強い倦怠感、全身状態の悪化など重篤な症状が出る可能性があります。速やかに医療機関を受診してください。

### 5. 黄熱ワクチン接種後のその他の注意事項

生ワクチン（麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘など）の接種は、黄熱と同じ日か、4 週間以上あける必要があります。

コロナワクチンは、黄熱と 2 週間以上あける必要があります。

名鉄病院 予防接種センター

TEL: 0 5 2 - 5 5 1 - 6 1 2 6

FAX: 0 5 2 - 5 5 1 - 6 3 0 8



# 予 診 票

(別紙4)

名鉄病院予防接種センター《202401:30版》

受診日	年 月 日		
住所	県 市 区 町		
	☎ ( ) - ; (携帯) - -		
氏名	接種者	保護者(未成年の場合)	年齢 歳 か月
			西暦 生年月日 R・H・S 年 月 日
本日、接種を希望するワクチン・検査			
1 肺炎球菌13・15価[PCV] 小児初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1~4歳)			
2 Hib[ヒブ、インフルエンザ桿菌B] 初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1~4歳)			
3 DPT-IPV4混・DPT-IPV-Hib5混 1期(1回目・2回目・3回目) 追加( 回目)			
4 DT2種混合 DTP3種混合 Tdap 3種混合[輸入青年用DTP]			
5 ロタ[ロタリックス・ロタテック](1回目・2回目/3回目)			
6 MR、定期(1期、2期)、追加 MMR(輸入麻疹風疹おたふく)			
7 麻疹[はしか]、風疹[三日ばしか] 流行性耳下腺炎[おたふく]			
8 水痘 帯状疱疹[シングリックス]			
9 日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)、2期、追加			
10 A型肝炎、輸入A型肝炎 1回目・2回目・追加( 回目)			
11 B型肝炎、輸入B型肝炎 1回目・2回目・追加( 回目)			
12 不活化ポリオ[IPV] (1回目・2回目・3回目・追加)			
13 ダニ媒介脳炎[輸入 FSME・TBE] (1回目・2回目・追加)			
14 破傷風 [S43年以前生 外傷後] (1回目・2回目・追加)			
15 狂犬病 (1回目・2回目・3回目)、追加( 回目)			
16 ツベルクリン/BCG			
17 肺炎球菌23価[PPV23、ニューモバックス]			
18 子宮頸癌[HPV] (1回目・2回目・3回目)			
19 インフルエンザ (1回目・2回目)			
20 髄膜炎菌ACYW 4価[MCV4]			
21 髄膜炎菌B群[MCV-B]			
22 腸チフス[輸入 Typhim VI, Typbar-TCV]			
23 マラリア予防薬、高山病予防薬			
24 黄熱			
25 抗体検査			
26 その他			
本日、当センターで接種する理由			
1) 定期接種 2) 入学・病院実習・就職 3) 日常の予防 4) 紹介されたから・紹介者( )			
5) アレルギー等で接種できなかった[定期の年齢超過、年齢未満、慢性の病気(痙攣・アレルギー・その他( )]			
6) 海外渡航[旅行・研修・インターンシップ・出張・留学・転勤・帯同・移住・帰国・一時帰国・親族友人訪問・他( )]			
年 月 日から約 [年・月・週・日]間: 渡航先 国 州/地域[都会・郊]			
① 今日の体温は、何℃でしたか。			
② 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 ワクチン[ ] はい いいえ			
③ 現在、病気で医師にかかっていますか。 病名[ ] はい いいえ			
④ 1カ月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹ったり、患者さんと接触しましたか			
⑤ 現在、妊娠中、または授乳中ですか。			
⑥ 今までに、痙攣(ひきつけ)を起こしたことはありますか。 歳頃、今までに 回 はい いいえ			
⑦ 卵を食べて発疹(ボロ)が出たり、下痢をしたことがありますか。			
⑧ 卵または食品アレルギーと言われたことがありますか。 検査値[ ] ある ない			
⑨ 薬で唇が腫れたり、皮膚に発疹が出たことがありますか。 薬品名[ ] ある ない			
⑩ 心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病に罹りましたか。 病名[ ] ある ない			
⑪ 今までに、予防接種で副反応が出たことはありますか。 ワクチン[ ] ある ない			
⑫ 家族や兄弟または親戚に、予防接種で具合が悪くなった人はいいますか。			
⑬ 6カ月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか。			
⑭ 今日の体調はいかがですか。具合の悪いところはありますか。 何処[ ] ある ない			
医師	問診、診察の結果、 <b>接種可</b> 。接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。		
記入欄	ワクチン名[ ] 医師サイン		
本人または保護者	本人または保護者・親族・代諾者のサイン		
記入欄	医師の診察を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性、被害救済制度について理解したうえで接種を希望します。		

予防接種禁忌証明書  
Medical Contraindication to Vaccination

This is to certify that immunization against \_\_\_\_\_  
(name of disease)

for [name] \_\_\_\_\_, date of birth \_\_\_\_\_, sex \_\_\_\_\_

is contraindicated because of the following conditions:

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature of physician \_\_\_\_\_

Name of physician : \_\_\_\_\_

Address : 2-26-11Sako-cho, Nishi-ku, Nagoya, 475-0905, Japan

## 予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別				<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種				<input type="checkbox"/> 任意接種			
患 者 (被接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)			性別	1 男 2 女		接種時 年 齢	歳 月		
	住 所	都 道 府 県			区 市 町 村	生年月日		T H S R	年 月 日生		
報 告 者	氏 名	1 接種者 (医師) 2 接種者 (医師以外) 3 主治医 4 その他 ( )									
	医療機関名								電話番号		
	住 所										
接種場所	医療機関名										
	住 所										
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)		ロット番号		製造販売業者名			接種回数			
	①							① 第 期 ( 回目)			
	②							② 第 期 ( 回目)			
	③							③ 第 期 ( 回目)			
	④							④ 第 期 ( 回目)			
接種の状況	接 種 日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分				出生体重		グラム (患者が乳幼児の場合に記載)			
	接種前の体温	度 分		家族歴							
	予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)										
	1 有 → 2 無										
症 状 の 概 要	症 状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症 (血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合 (症状名: )									
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分									
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能			他要因 (他の疾患等) の可能性の有無		1 有 → 2 無				
	概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)										
	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無										
症 状 の 程 度	1 重い → 2 重くない	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 ( 病院名: 医師名: ) 平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 年 月 日 退院 6 上記1～5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常									
症 状 の 転 帰	転帰日	平成・令和 年 月 日									
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症 (症状: ) 5 死亡 6 不明										
報告者意見											
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後										



## (別紙様式1)

	対象疾病	症 状	発生までの 時 間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合  a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a～w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻しん 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 —	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 —	
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。) 7 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 — —	
	Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの) 4 その他の反応	4時間 28日 — —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレー症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 —	
	ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレー症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎 (これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症 (血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

(別紙様式1)

＜注意事項＞

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であつて、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発症までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
11. 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
12. 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うものとされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただくことなく結構です。
13. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
  - ・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
  - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
  - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
  - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
  - ・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討してください。
  - けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADAM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
  - また、「血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。))」、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。
  - なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
  - URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
  - 新型コロナワクチン専用FAX番号:0120-011-126
  - その他のワクチン用FAX番号:0120-176-146

黄熱予防接種実施及び副反応報告書

(令和        年度 第        四半期分)

実施医療機関：                      名鉄病院

	1月	2月	3月
予防接種実施数			
副反応件数			
禁忌証明書発行数			

- ※ 副反応件数については、副反応の発生月ではなく、予防接種を実施した月に計上すること。
- ※ 禁忌証明書発行数については任意とする。

## 名鉄病院予防接種センター 接種証明印取扱要領

### (目的及び準拠)

第 1 条 この規約は、名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院の予防接種センター（以下「予防接種センター」という）において用いる印章（以下「印鑑」という）の種類及びその調製、登録、押印等について定め、これを管理することを目的とする。

2 印鑑の取扱いについては、この要領の定めるところに従いその処理の明確と厳正を期さなければならない。

### (印鑑の種類等)

第 2 条 印鑑の種類、形状寸法、使用範囲及び印鑑責任者等は、別表 1 のとおりとする。

### (印鑑の使用規制)

第 3 条 別表 1 に定められた文書には、印鑑を使用しなければならない、これらの文書以外には原則として印鑑を使用してはならない。

ただし、別表 1 に定めのない文書に印鑑を使用する必要がある、かつ印鑑責任者が認めるときは、浄書文書に決裁書を添えて印鑑責任者に押印を請求することができるものとする。

2 別表 1 の印鑑の使用範囲を変更する必要があるときは、その理由を付して病院長に申請しなければならない。

3 原則として印鑑を捨印として使用してはならない。ただし、捨印を必要とするときは、当該印鑑の印鑑責任者に捨印を申請できるものとする。

### (印鑑責任者)

第 4 条 印鑑責任者は、印鑑の使用、取扱い及び保管等印鑑に関する一切の責任を負うものとする。

2 印鑑責任者は、必要に応じ押印を代理する者を指定することができる。ただし、押印結果に対する責をまぬがれることはできないものとする。

### (印鑑の調整、登録等)

第 5 条 印鑑の調整、改刻及び廃棄等は病院事務部において行い、別紙の印鑑台帳に登録または抹消した後に交付または回収・廃棄するものとする。

### (印鑑事故の報告)

第 6 条 印鑑に関する事故は、直ちにその詳細を病院長に報告しなければならない。病院長は、必要と判断するときは理事長に報告しなければならない。

(必要とする印鑑の申請)

第 7 条 第 3 条に定める印鑑以外にあらたに印鑑を制定する必要が生じたときは、使用する文書の内容と必要理由を付して、病院長に申請しなければならない。

(印鑑の押印手続)

第 8 条 印鑑の押印は、原則として、当該印鑑の印鑑責任者または代理の者が行う。

2 第 1 項において、名鉄病院が別表 1 の印鑑の押印を必要とする場合、押印を請求する旨の文書を添えて送付することにより、押印を請求することができる。

3 前 2 項により印鑑の押印を請求されたときは、当該印鑑の印鑑責任者または代理の者は提出書類を審査したうえ浄書文書に押印する。

4 前 3 項以外の押印手続は、印鑑責任者がこれを定める。

(印鑑使用文書の記録)

第 9 条 前条の印鑑責任者は、押印文書の内容を押印記録簿に記録しておかなければならない。

附則

この要領は、令和 6 年 1 月 1 日から施行する。

別表 1

種類	形状寸法		使用範囲	印鑑責任者
	寸法	印刻文字		
証明印 (外国語)	2. 8 c m 円	MEITETSU HOSPITAL, NAGOYA, JAPAN	予防接種センターにて ワクチン接種したことを 国際証明する文書 ワクチン接種が禁忌であること を証明する国際文書	予防接種セン ター部長

備考 1. 印刻文字には、文字配列の都合により「印」または「之印」を加えることができる。

2. 印材及び印刻文字の書体は適宜とする。

別紙

## 印 鑑 台 帳 (予防接種センター)

No. 1

種別	証明印 (外国語)		
印刻文字	MEITETSU HOSPITAL, NAGOYA, JAPAN		
使用範囲	予防接種センターにてワクチン接種したことを国際証明する文書 ワクチン接種が禁忌であることを証明する国際文書		
管理者	予防接種センター部長		
使用開始年月日	年 月 日	使用開始年月日	年 月 日
廃止年月日	年 月 日	廃止年月日	年 月 日
改刻廃止理由		改刻廃止理由	
印影			
摘要	予防接種センターにて押印手続き	摘要	
使用開始年月日	年 月 日	使用開始年月日	年 月 日
廃止年月日	年 月 日	廃止年月日	年 月 日
改刻廃止理由		改刻廃止理由	
印影			
摘要		摘要	

## 針刺し・切創事故・血液・体液汚染事故の対応

はじめに

血液・体液曝露は医療従事者の健康や生命を脅かす重大な出来事である。曝露対策としては「曝露予防」と「曝露後対応」の 2 つがある。曝露予防では、針刺しを減らすための安全器具（留置針や翼状針など）の導入や手袋やガウンなどの必要に応じた装着が大切である。このような曝露予防にもかかわらず、血液・体液曝露してしまうことがあるが、その場合には迅速な曝露後対応が必要となる。

針刺しが生じた場合は、創部を石けんと流水にて洗い流す。同時に、「曝露の日時」「曝露がどこでどのように生じたのか?」「体液または体物質の種類や量および曝露の程度などの曝露の詳細」「曝露源の患者についての詳細」「曝露した医療従事者についての詳細（HBs 抗体の有無など）」などの情報も確認する。曝露後のフォローアップもまたきわめて重要な対応である。フォローアップ期間中は、感染が生じた場合の早期発見のために適時の血液検査が必要である。曝露した医療従事者が臨床症状を熟知して、それらが発現した場合に迅速に受診することも大切である。

### 1 針刺し事故防止対策

#### 1) 針刺し事故防止対策

- ① リキャップ禁止
- ② 安全器材・廃棄容器の使用
- ③ 採血後・静脈注射後の針とシリンジの処理手順
- ④ 廃棄物の分別時の処理手順

#### 2) 注射行為時の処理手順

- (1) 注射・点滴・採血など、針を刺す、または針を抜く処置の際は、必ずトレイに必要物品を準備する。

《物品》手袋、トレイ、針捨て専用ボックス（セフティナ）、駆血帯、アルコール綿花  
注射針、シリンジ、検査スピッツ、または注射・点滴の薬剤、

- (2) 注射・採血実施後はリキャップすることなく、速やかに針捨て専用ボックスに針捨てを行う。

①病室のベットサイドで行う時は、トレイに針捨てボックス(セフティナ)を準備し、その場で針の処理をする。

②静脈留置針留置の時も、穿刺後は速やかに内筒を針捨て専用ボックスに廃棄する。

- (3) 針捨て専用ボックスは、8 分目程度で取り替えとする。

#### 3) その他の処理時の注意

- (1) 縫合処置や手術など血液汚染されたガーゼ、コンプレッセンの中から針やメスを分別す

る時には、未滅菌手袋を使用し、必ず鑷子などで拾い感染性医療廃棄物容器に廃棄する。

- (2) メディセーフ針、ランセット針なども、針捨て専用ボックスに廃棄する。
- (3) インスリン自己注射、自己血糖測定をしている患者には廃棄場所を指導しておくか、トレイに入れておいてもらい、回収し、感染性医療廃棄物容器に廃棄する。

#### 4) 安全器材の使用

セーフティ機構付き器具の使用により、針刺し事故防止に努める。

- (1) 誤刺防止機能付き留置針（セーフティ機構付きサーフロー針、スーパーキャス）  
＊内筒を抜くと、先端に針先をカバーする機能が付いている。
- (2) 誤刺防止機能付き翼付き静注針  
＊従来通りの使い方で、抜針後に針先をカバーする機能が付いている。
- (3) 誤刺防止機構付き血液ガス測定用採血キット  
＊採血後、針を片手操作でカバーロックし、垂直に押し込んで、針先をシールするので、針刺し防止できる。
- (4) 真空管採血容器  
＊病院が指定したディスプレイザブルを使用する。

## 2 職業感染対策

医療従事者は、常に針刺し・切創や血液・体液の飛散による血液体液媒介病原体の曝露の危険性がある。曝露を予防する対策とともに、曝露が発生した場合の速やかな対応が重要となる。

### 1) 血液・体液曝露事故の定義

患者の血液で汚染された注射針や医療用器具等による皮膚への針刺し、切創、粘膜汚染等で血液や体液が直接ヒト体内に入ること、B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)、およびヒト免疫不全ウイルス(HIV)等、血液体液媒介病原体による感染の危険がある職業曝露。

### 2) 曝露前対策

#### (1) 針刺し事故の予防

採血・静注などに使用した針はリキャップせずに専用容器に捨てる。

#### (2) 標準予防策の遵守

HBV・HCV・HIVの感染予防策は同一である。これらのウイルスの存在に関係なくすべての血液・体液は感染性であるとみなし、標準予防策をとる。

#### (3) HB抗体陰性者にはHBワクチン接種が推奨される。



### 3) 曝露後の対応 (図 1)

#### (1) 事故直後の洗浄

- ① 患者に使用した注射針・メスなどで刺傷・切傷を受けた場合は、直ちに血液を絞り出しながらか流水（または石鹼併用）で傷口を十分に洗浄し、ポピドンヨード(イソジン液)もしくは消毒用エタノールなどで消毒する。
- ② 患者の血液、体液、分泌液、排泄液、およびこれらによる汚染物で手指や皮膚などが汚染された場合は、直ちに流水（または石鹼併用）で十分に洗浄し、ポピドンヨード(イソジン液)もしくは消毒用エタノールなどで消毒する。
- ③ 粘膜・結膜などが汚染された場合は、直ちに流水で十分に洗浄する。
- ④ 口腔が汚染された場合は、直ちに流水で十分に洗浄し、含漱を行う。

#### (2) 事故後の対応

- ① 当該部署の責任者は、手順に従い事故後の対策を指示する。
- ② 患者の感染症の有無を確認する。不明の場合は患者の同意を得て、HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体の有無を検査する。3 カ月以内に陰性が確認されている場合には、感染症陰性と判断する。ただし、1 年以内に輸血や手術を受けている場合には、できるだけ再検査を依頼する。
- ③ 感染症の有無に関係なく、事故者は針刺し・切創報告書を ICT に提出しする。
- ④ 夜間・休日の場合は、当直看護師責任者に報告し事故後の対応の指示を受ける。  
緊急性を要するのは、患者が HBs 抗原陽性または HIV 陽性の場合である。この場合はマニュアルに従い当直医師とも相談する。

#### (3) 感染症不明または汚染源不明の場合の対処

患者が不明の場合や、同意が得られず感染状況が不明な場合は、HBV 陽性・HCV 陽性・HIV 抗体陽性として扱う。

### 4) HBV による曝露事故の対処

#### (1) HBs 抗原陽性血液・体液等による汚染事故

- ① HBs 抗原陽性血液等で汚染された事故者が HBs 抗原・抗体いずれも陰性の場合、ICT 医師、患者主治医または当直医の指示で、事故発生後 24 時間(遅くとも 48 時間)以内に HIBG の投与と HBV ワクチンの接種を受ける。
- ② 事故者は汚染事故直後に加えて、1 カ月後・3 カ月後・6 カ月後および 1 年後に、HBs 抗原・抗体、AST(GOT)、ALT(GPT)の追跡検査を受ける。
- ③ 事故者がすでに HBs 抗原・HBs 抗体のどちらか、または両方陽性の場合は、HIBG 投与や HB ワクチン接種の必要はない。
- ④ 事故者が HBV キャリアの場合は、汚染事故とは別に消化器科受診を勧める。

- ⑤ 夜間・休日の場合は当直看護師責任者に報告し、内科当直医に指示を受ける。当直医が判断に迷う時は ICT 医師に相談する。

(2) HBs 抗原陰性血液・体液による汚染事故

- ① 患者の HBs 抗原陰性の場合には特別の処置は必要としないが、事故者が HBs 抗原・抗体陽性の場合と同様に消化器科受診し、汚染事故直後・1 カ月後・3 カ月後・6 カ月後にいずれも陰性の場合には、今後の感染予防のため HB ワクチン接種を勧める。

5) HCV による曝露事故の対処

(1) HCV 抗体陽性血液・体液等による汚染事故

- ① HCV 抗体陽性血液等で汚染された事故者が HCV 抗体陰性の場合、ICT 医師または当直医の指示で、事故直後と 1 カ月後、3 カ月後、6 カ月後、1 年後に肝機能検査と HCV 抗体検査を行う。さらに事故 1 カ月後には HCV-RNA (定性) の測定を行う。
- ② 追跡検査の間に肝機能異常が出現すれば HCV-RNA 検査を行う。
- ③ HCV-RNA が陽性の場合には、発症した時点で内科カルテを作成し消化器内科を受診する。
- ④ 追跡検査の間に肝機能異常が出現しても HCV-RNA 陰性の場合には、さらに経過観察する。
- ⑤ 事故者が事故直後の検査で HCV 抗体陽性なら、汚染事故とは別に消化器科受診を勧める。

(2) HCV 抗体陰性血液・体液による汚染事故

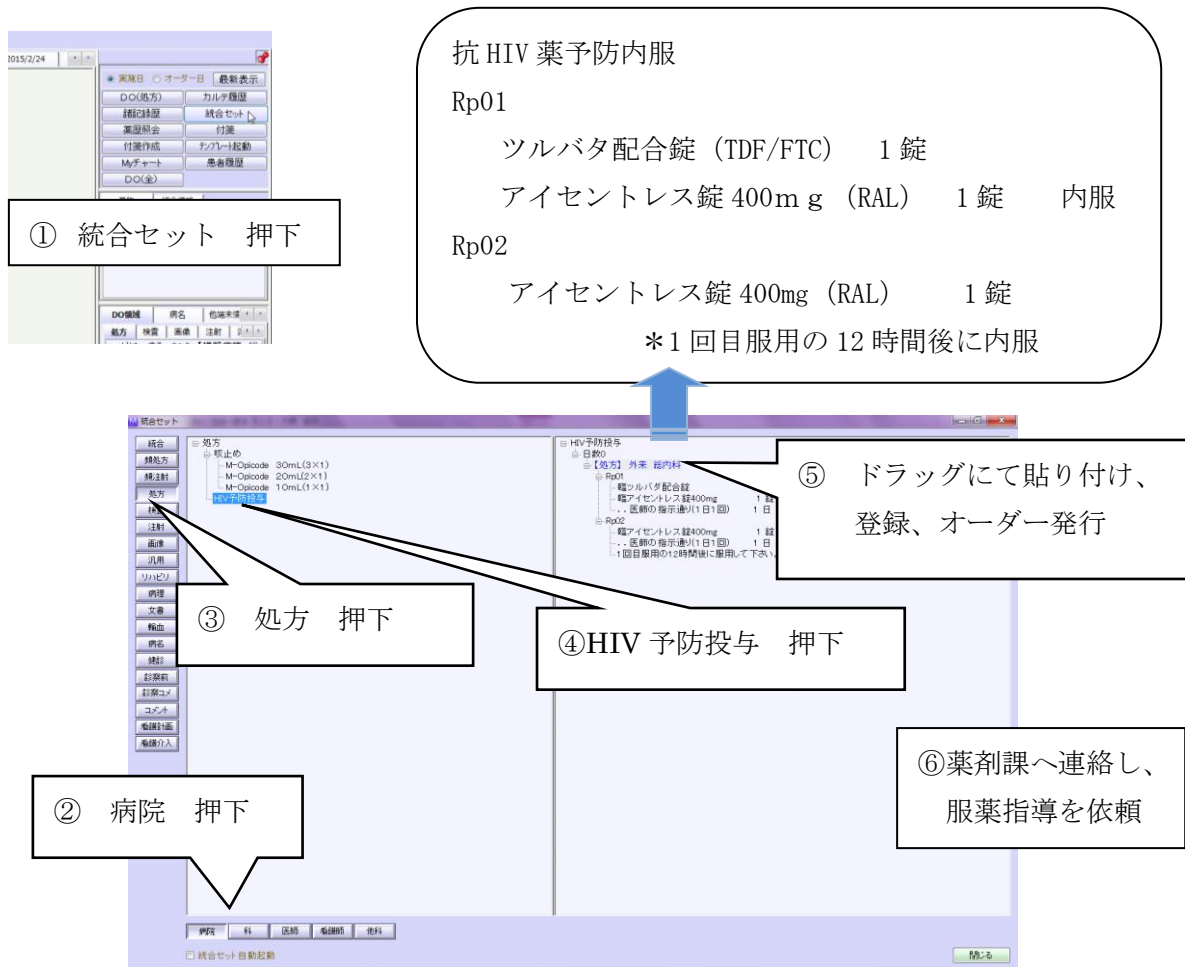
患者の HCV 抗体価が不明な場合には、患者の同意を得て、抗体検査を行う。同意が得られない場合には、HCV 陽性として扱う。

6) HIV による曝露事故の対処 (図 2)

(1) HIV 抗体陽性血液・体液等による汚染事故

- ① 事故後直ちに抗 HIV 薬を服用するか否かを自己決定する。服用する場合は事故後 1 ～ 2 時間以内に服用しなければならない。
- ② 事故が生じた場合は、速やかに血液内科医に連絡をとり、対応する。
- ③ 抗 HIV 薬の服用を自己決定できず、夜間・休日などで血液内科医にも連絡がつかない場合は当直医と相談し、事故後直ちに服用し、血液内科医と連絡がつき次第その後の服用を相談する。
- ④ 妊娠の可能性のある場合は、服用に先立って妊娠の検査(尿検査)を行う。
- ⑤ 抗 HIV 薬を服用する場合は薬剤部に連絡し、薬剤を取り寄せる。  
薬剤部仲介業者スズケンにおいて夜間でも 1 時間以内に納品されることになっている(薬剤部に 2 回分は常備薬として保管している)。\* 時間外・休日電話番号:953-7136

【HIV による針刺し・切創・粘膜汚染事例発生時 緊急抗 HIV 薬処方オーダー入力方法】



- ⑥ 事故者は HIV 抗体検査を汚染事故直後・1 ヶ月後・3 ヶ月後・6 ヶ月および 1 年後に行う。HIV と HCV の同時感染者より曝露して、HCV 感染が成立した場合は、さらに長期の HIV 抗体検査を行う。

(2) HIV 抗体不明血液・体液による汚染事故

- ① HIV 感染の危険性のある患者血液等で事故を起こした場合は、患者に事情を説明して HIV 抗体検査を受けるように依頼する。
- ② 患者の同意が得られない場合は、HIV 抗体陽性の場合の手順に従い対処する。

\*HIV による汚染事故の感染率は 0.3～0.5%で低いが、次のような汚染事故の場合は感染の危険性が上昇するので留意する。

- 1) 傷が深部に達している場合
- 2) 汚染事故を起こした器具に目に見える程血液が付着している場合
- 3) HIV 患者の静脈・動脈に使われた器具による事故の場合

- 4) HIV 感染の病状が進行している患者の血液による事故の場合
- \* HIV 感染が成立した場合は事故後約 6 週間で HIV 抗体が陽性になり、6 週～12 週に急性 HIV 感染症状(発熱、リンパ節腫脹、倦怠感、発疹等)がやすい。
- \* 感染の危険性が高い事故後 1～2 時間以内に抗 HIV 薬を服用することで感染率を約 80%下げることができるといわれている。

### HIV 専門医と相談がのぞましい事例

曝露から報告が遅延 (>72 時間) : 遅延時の有効性は不明。迷う場合は初回はまず内服する。以後は専門医と相談。

由来源不明 : ケースバイケースだが、疑わしい状況でなければ推奨されない。  
曝露源の針や鋭利物に対して HIV 検査をすることは推奨されない。

妊娠 (+) o r 強く疑う

授乳中

由来源の薬剤耐性が、明確に疑われる場合

曝露後予防内服中の副作用

曝露者における重篤な疾患

### 7) 梅毒血清反応陽性血液や体液などによる汚染事故の対処

梅毒血清反応陽性の血液などによる汚染事故で感染した事故例は現在確認されていないが、理論的には起こり得るため、事故者の希望があれば検査を行う。

### 8) HTLV-1 抗体陽性血液や体液などのよる汚染事故の対処

HTLV-1 抗体陽性のキャリアの体液には感染性があるが、感染率は極めて低いため、事故者の希望があれば抗体検査を行う。

### 9) カルテおよび針刺し・切創報告書について

- ① 事故後は、受診・検査を受ける。
- ② 検査・経過観察・予防内服の費用は病院負担とする。  
感染症が発症した場合は、労働災害の報告手続きを行う。
- ③ 針刺し・切創報告書(エピネット)を記載し、感染制御対策室に提出する。  
針刺し・切創報告書(エピネット)は、感染防止対策チームのチェックの後、感染制御対策室でファイルする。

- ④ 経過観察が必要な職員は、マニュアルに基づいて採血検査を受ける。  
感染管理担当者は、採血検査実施漏れがないように、誤穿刺・切創・皮膚粘膜汚染事故フォローアップシートを適宜確認し、実施忘れがあれば該当部署所属長へ伝え、実施するよう促す。

#### 10) 患者側感染症不明の場合

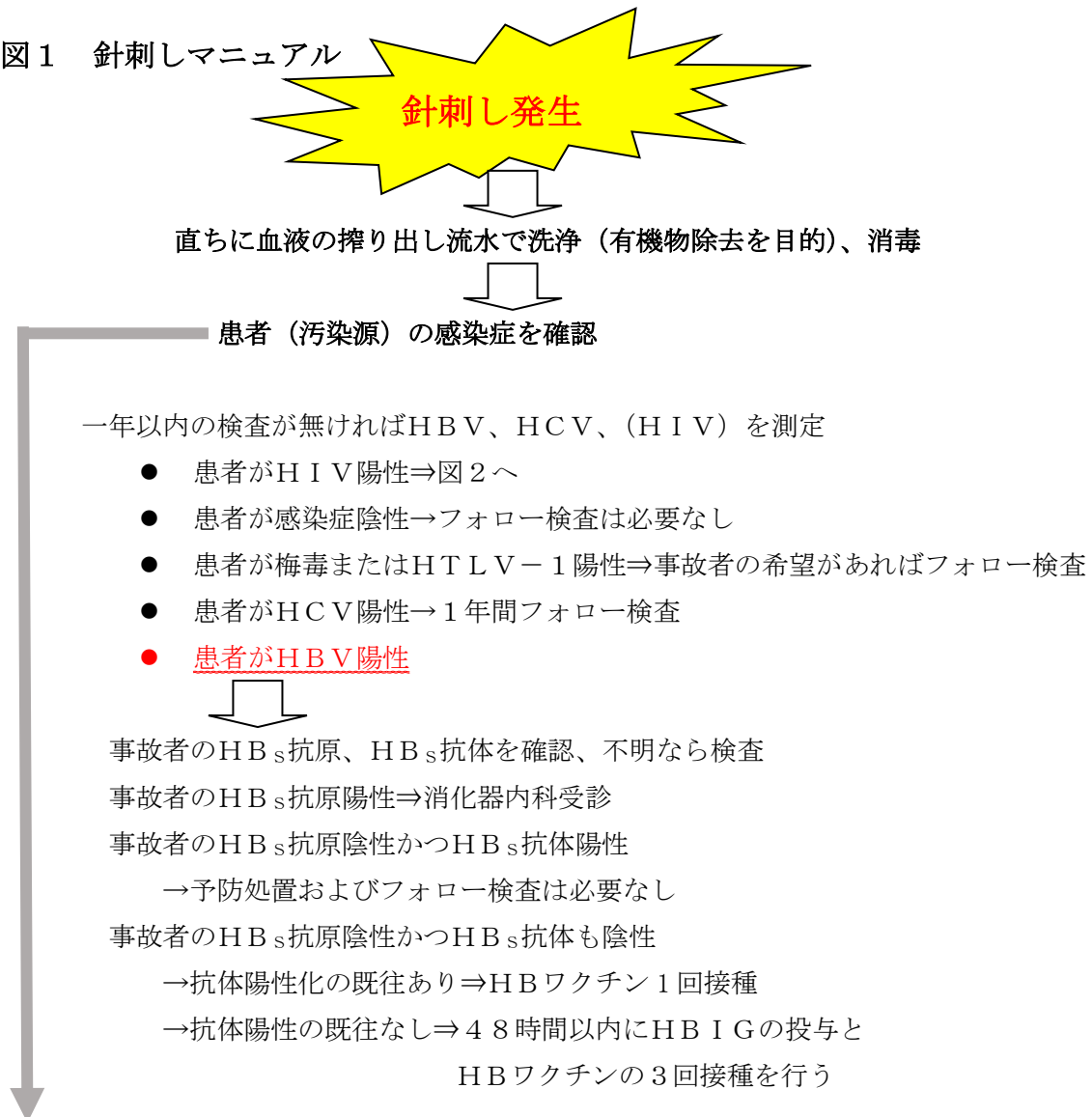
- ① 感染症不明、および過去3ヶ月間感染症採血検査を実施していない患者を対象とする。  
過去3ヶ月以内に感染症採血検査実施している患者でも、3ヶ月以内に輸血や手術を受けている患者は、できるだけ再検査を依頼する。
- ② 担当医より、「医療従事者誤穿刺発生時の感染症検査に関する承諾書」を使って患者へ説明、承諾を得てから感染症採血検査を実施する。  
(電子カルテ MIRAI<sup>s</sup> 文書作成から作成可能  
2部印刷⇒1枚患者控え、1枚は感染制御対策室へ提出。)
- ③ 医療従事者誤穿刺・切創に関する患者感染症採血検査費用は病院負担とする。
- ④ 患者への感染症採血結果は、担当医から説明する。
- ⑤ 患者の承諾が得られない場合・感染源が不明な場合は、HBV 陽性・HCV 陽性・HIV 抗体陽性として扱う。

《参考》血液汚染後の感染率

HBV	30%	HCV	3%	HIV	0.3%
-----	-----	-----	----	-----	------



図1 針刺しマニュアル



#### 針刺し・切創報告書（エピネット）の記入

- # 事故発生時の採血指示は、ICTの医師、患者主治医あるいは当直医にて行う。  
休日・夜間の事故発生時は、日当直の看護責任者に報告する。
- # フォローアップ検査は、ICTの医師の指示にて行う。

#### 【誤穿刺・切創粘膜汚染事例フォロー採血項目の入力オーダーについて】

電子カルテ MIRAI<sub>s</sub>    統合セット    ⇒    科    「感染制御対策室」選択  
⇒    オーダー項目に各種採血セットあり  
⇒    必要採血セットを選択しオーダー発行

図 1－2 HBV 暴露後の予防

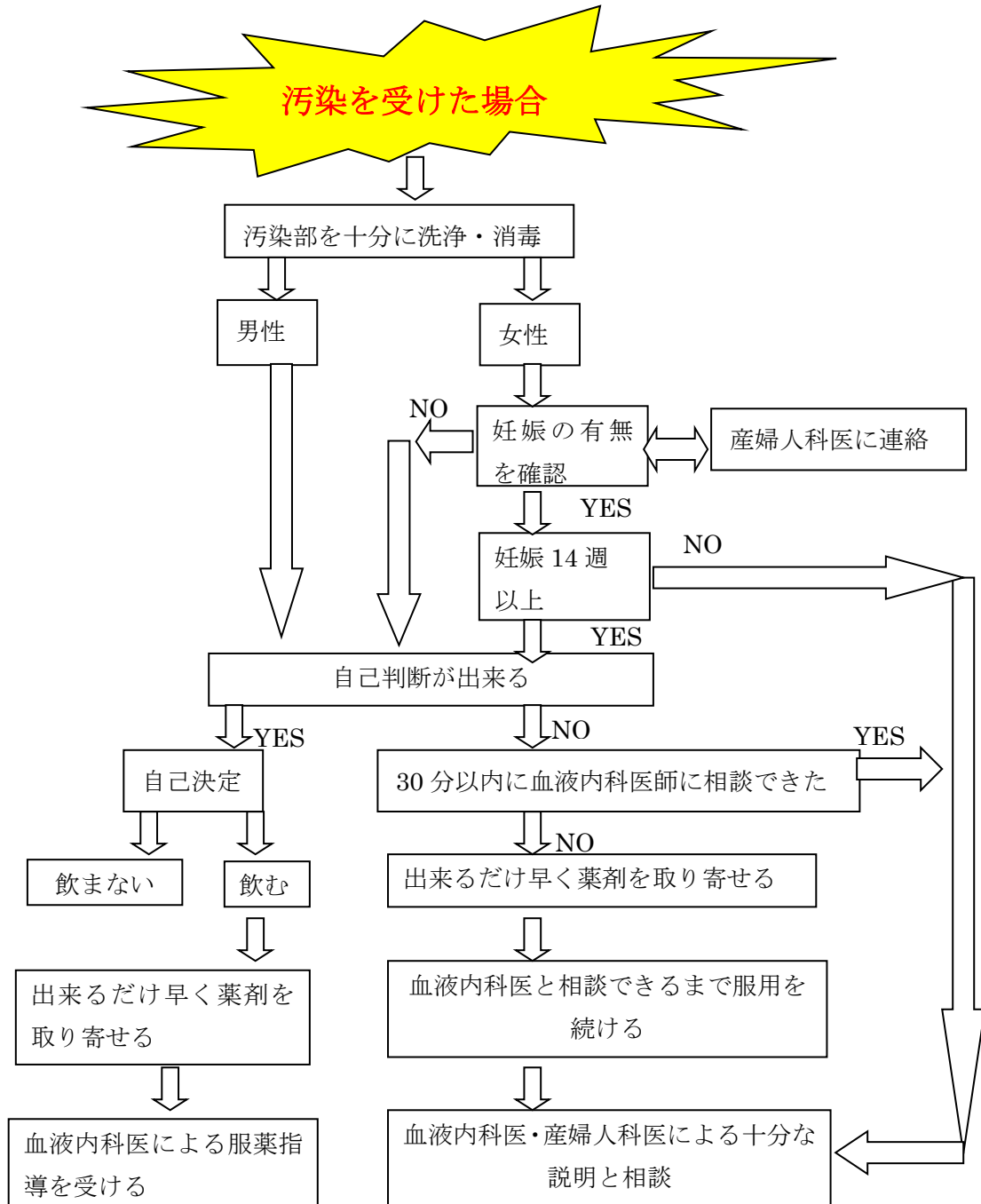
被暴露者 ワクチン接種の有無 抗体産生の有無	患者 HB s 抗原陽性	患者 HB s 抗原陰性	患者が不明あるいは 検査ができない
ワクチン未接種	HBIG を 1 回接種し、HBV ワクチン接種コース開始	暴露後予防不要	HBV ワクチン接種コース開始
ワクチン接種者			
抗体産生（＋）	暴露後予防不要	暴露後予防不要	暴露後予防不要
抗体産生（－）	HBIG を 1 回接種し再度 HBV ワクチンを接種するか、HBIG を 2 回投与する	暴露後予防不要	患者がハイリスク者であれば HB s 抗原陽性として治療
抗体産生が不明	被暴露者 HB s 抗体を測定		被暴露者 HB s 抗体を測定
	*抗体が十分であれば、予防治療不要	暴露後予防不要	*抗体が十分であれば、予防治療不要
	*抗体が十分であれば、予防治療不要、不十分であれば、HBIG を 1 回投与し、ワクチンを追加接種	暴露後予防不要	*抗体が十分であれば、予防治療不要、不十分であれば、HBIG を 1 回投与し、ワクチンを追加接種

\* HBV に感染したことがある人は、すでに免疫があり、暴露後予防は不要

\* 抗体産生が十分：HB s 抗体  $\geq 10\text{m l} / \text{m L}$

\* 抗体産生不十分：HB s 抗体  $< 10\text{m l} / \text{m L}$

図2 HIVによる汚染事故発生時（針刺し・切創・粘膜汚染等）の処置



\* 当院薬剤課に緊急用抗HIV薬保管あり。

\* 事故者は事故直後、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後にHIV抗体検査を受ける。

\* HIV相談窓口 名古屋医療センター：TEL 052-951-1111



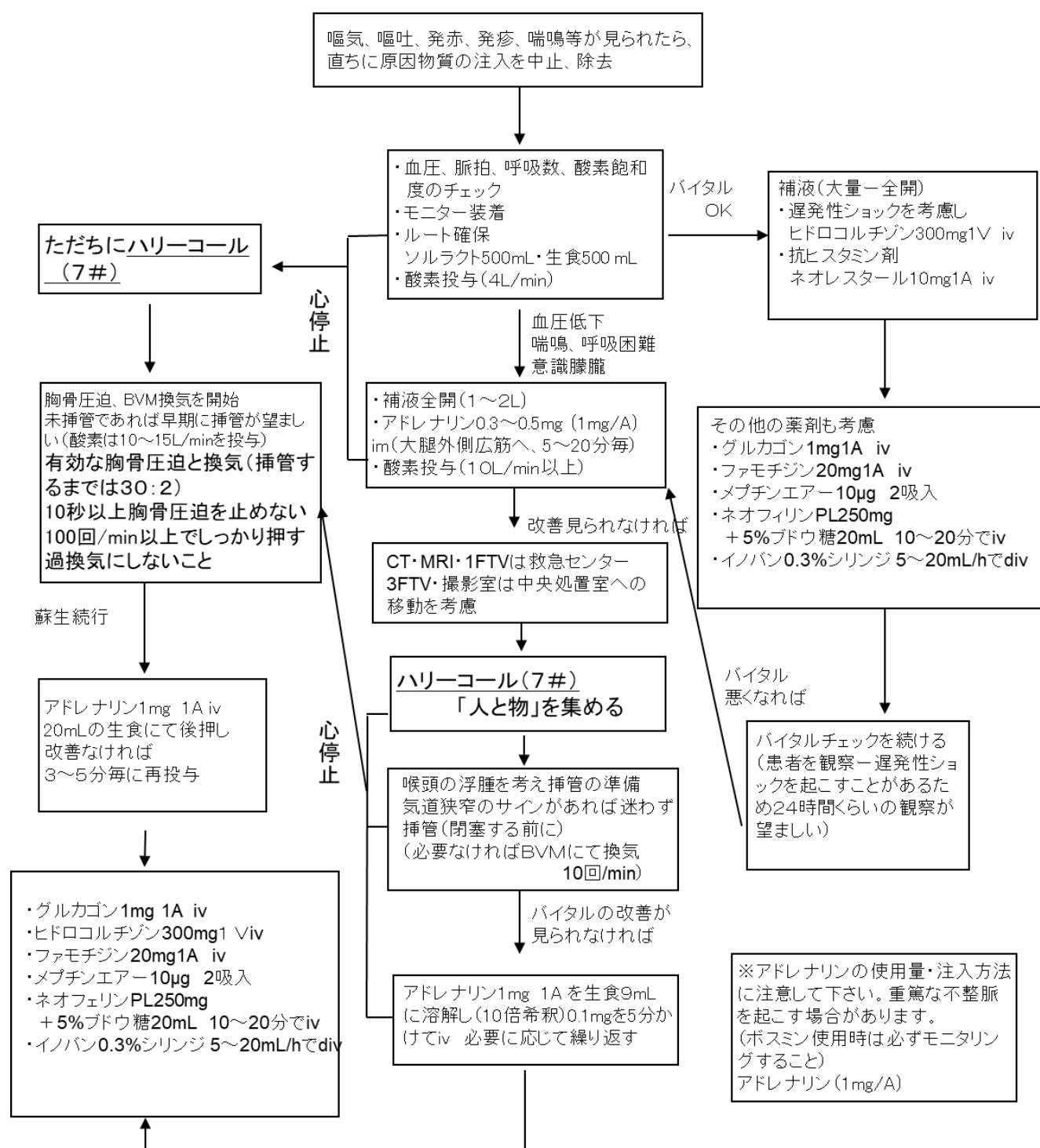
表 HIV 曝露時の感染予防

曝露タイプ <sup>1)</sup>	患者の状況			
	HIV 感染者 Class I <sup>2)</sup>	HIV 感染者 Class II <sup>3)</sup>	HIV 感染不明の 患者	対象が特定でき ない
針刺し軽傷 <sup>4)</sup>	2 剤併用を勧める	<sup>8)</sup> 3 剤併用を勧める	通常予防不要。患者が HIV 感染のリスクファクターがある場合は 2 剤併用を考える。HIV 陰性が判明したら中止。	通常予防不要。HIV 陽性患者由来であった可能性が高ければ 2 剤併用を考える。
針刺し重症 <sup>5)</sup>	3 剤併用を勧める	3 剤併用を勧める	通常予防不要。患者が HIV 感染のリスクファクターがある場合は 2 剤併用を考える。HIV 陰性が判明したら中止。	通常予防不要。HIV 陽性患者由来であった可能性が高ければ 2 剤併用を考える。
粘膜皮膚曝露 少量 <sup>6)</sup>	2 剤併用を勧める	2 剤併用を勧める	通常予防不要。患者が HIV 感染のリスクファクターがある場合は 2 剤併用を考える。HIV 陰性が判明したら中止。	通常予防不要。HIV 陽性患者由来であった可能性が高ければ 2 剤併用を考える。
粘膜皮膚曝露 多量 <sup>7)</sup>	2 剤併用を勧める	3 剤併用を勧める	通常予防不要。患者が HIV 感染のリスクファクターがある場合は 2 剤併用を考える。HIV 陰性が判明したら中止。	通常予防不要。HIV 陽性患者由来であった可能性が高ければ 2 剤併用を考える。

- 1) 皮膚曝露に関しては、正常でない皮膚（皮膚炎、擦過傷、開放創など）への曝露の場合のみフォローアップが必要
- 2) class I：無症候性 HIV 感染者や血中 HIV RNA 量 1500copy/ml 未満
- 3) class II：AIDS 発症者、急性感染期、血中 RNA 最高値
- 4) 非中空針による浅い傷など
- 5) 太い中空針、肉眼で血液付着が確認できる針、血管に刺入された針による経皮膚曝露や深い刺し傷など
- 6) 2-3 滴の体液など
- 7) 噴き出した体液など
- 8) 2 剤併用は ZDV + 3TC、3 剤併用は ZDV + 3TC + IDV など。患者の抗 HIV 薬に対する耐性や予測される副作用などを考慮し、専門医からのアドバイスを受けた上で自己決定する。妊娠に対する安全性は不明である。服薬は可及的速やかに（2 時間以内に）開始し、4 週間継続する。

平成 27 年 4 月改訂

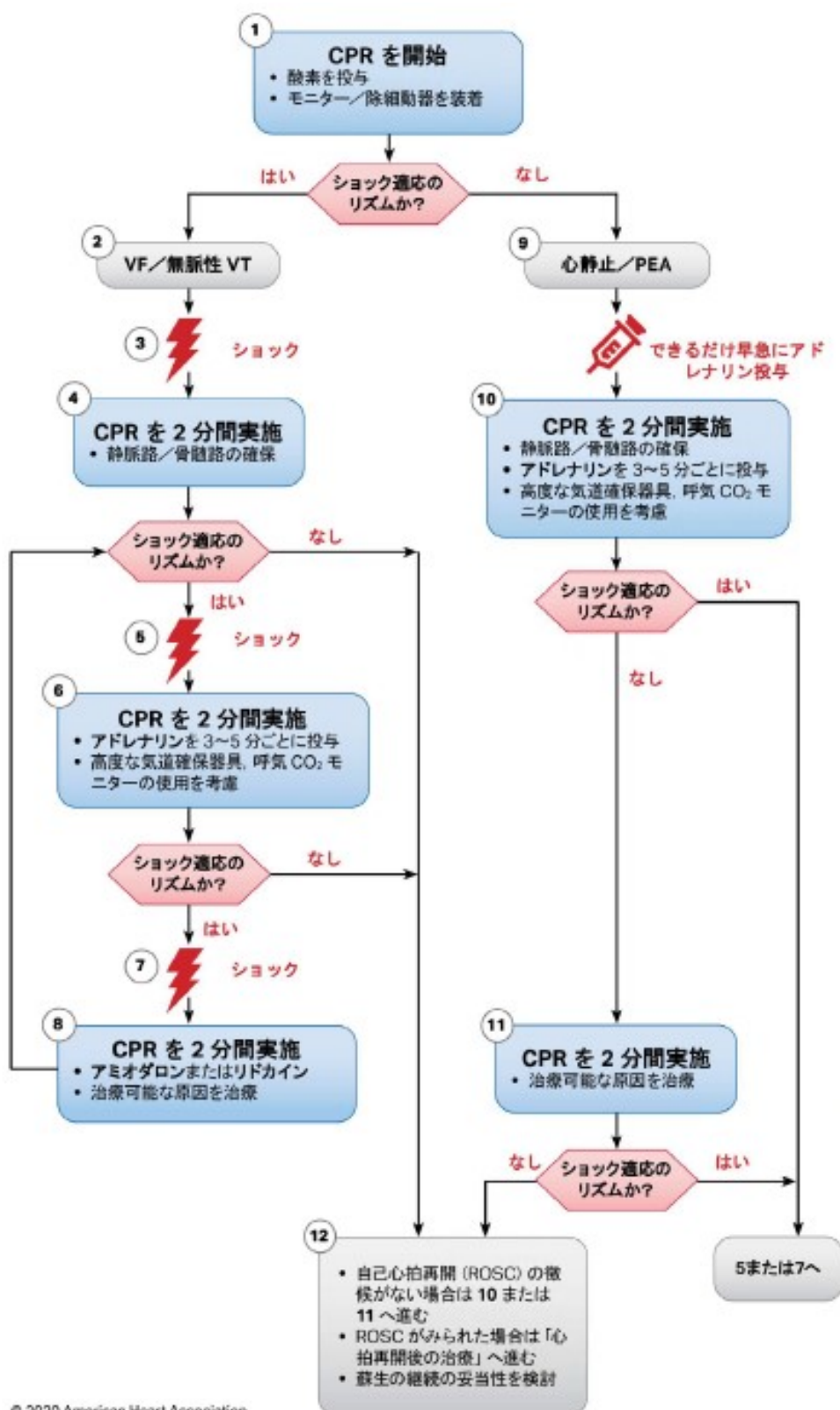
# アナフィラキシーショックの初期対応アルゴリズム



※ $\beta$ 遮断薬投与と患者に対してはアドレナリンが十分に効かないことがあります。  
 $\beta$ 遮断薬使用者にはグルカゴン1mgを静注が推奨。(保険の適応はありません)  
(1mgから5分毎に1mgずつ5mgまで静注。その後は5~15 $\mu$ g/minで持続)

(注)・グルカゴンは内視鏡室の冷蔵庫に保管してあります。  
ただし本邦ではグルカゴンの適応症にアナフィラキシーは含まれていません。

# 2022 AHA CPR ガイドライン 成人の心停止アルゴリズム



© 2020 American Heart Association

## CPR の質

- 深く (少なくとも 5 cm)、速く (100~120 回/分) 押し、胸部が完全に元に戻るようにする。
- 胸骨圧迫の中断を最小限にする。
- 過換気を避ける。
- 2 分ごとに、または疲労した場合はそれより早く圧迫担当を交代する。
- 高度な気道確保がなされていない場合は、30 回の胸骨圧迫に対して 2 回の人工呼吸を行う。
- 定量的波形表示呼気 CO<sub>2</sub> モニター - PETCO<sub>2</sub> が低いまたは低下している場合、CPR の質を再評価する。

## 除細動のショックエネルギー量

- 二相性：製造業者の推奨値 (初回エネルギー量 120~200 J)。不明な場合は最大値に設定する。2 回目以降のエネルギー量は初回と同等とし、エネルギー量の増加を考慮してもよい
- 単相性：360 J

## 薬物療法

- アドレナリン静注/骨髄内投与：3~5 分ごとに 1 mg
- アミオダロン静注/骨髄内投与：初回投与量：300 mg ボールス投与。2 回目投与量：150 mg 「または」
- リドカイン静注/骨髄内投与：初回投与量：1~1.5 mg/kg。2 回目投与量：0.5~0.75 mg/kg。

## 高度な気道確保

- 気管挿管または声門上の高度な気道確保
- 波形表示呼気 CO<sub>2</sub> モニターまたはカフメトリによる気管チューブの位置の確認およびモニタリング
- 高度な気道確保器具を装着したら、胸骨圧迫を継続しながら 6 秒ごとに 1 回 (1 分あたり 10 回) の人工呼吸

## 自己心拍再開 (ROSC)

- 脈拍および血圧
- PETCO<sub>2</sub> の顕著な持続的増加 (通常は ≥40 mmHg)
- 動脈内モニタリングで自己心拍による動脈圧波形を確認

## 治療可能な原因

- 循環血流量減少 (Hypovolemia)
- 低酸素症 (Hypoxia)
- 水素イオン (Hydrogen ion) (アシドーシス)
- 低/高カリウム血症 (Hypo-/hyperkalemia)
- 低体温症 (Hypothermia)
- 緊張性気胸 (Tension pneumothorax)
- 心タンポナーデ (Tamponade, cardiac)
- 毒物 (Toxins)
- 肺動脈血栓症 (Thrombosis, pulmonary)
- 冠動脈血栓症 (Thrombosis, coronary)

# 名鉄病院 救急委員会 規約

## 救急カートマニュアル

### 【救急カート物品運用】

1. 各部署設置の救急カートは院内統一とする（救急外来とHCUは別統一）  
統一した内容以外の物品は入れない、常時使用できるように施錠しないこと  
必要時すぐに使用できるよう、使用したら速やかに物品・薬品共に補充する  
挿管チューブの補充は、時間内は手術室、時間外は救外からもらう（HCUはカフ  
上吸引付きチューブを使用しており種類が違うため）
2. 日常点検：看護長業務確認表No.13として点検施行後チェックする  
定期点検：毎週金曜日、「救急カートチェック表」に沿って各部署で行う  
救急外来は毎日点検  
点検者は点検内容について必ず部署責任者に報告する  
点検後は「点検整備済み」シールを貼る。薬品確認後は薬品の引き出しに横向き  
に貼り、物品確認後は上から下まで縦に引き出しが空かないように貼り、使用時  
以外は剥がさない。  
点検の責任者は各部署責任者とする
3. 点検表は下記のチェック表を用いて行う。点検時は必ず使用期限切れ（使用期限  
半年前を目処にチェックリスト内に記載された部署に交換してもらう）、破損、  
バッテリーや電池切れがないか確認する
4. 点検者は毎回違うスタッフが行う（担当者を決めない）
5. 救急カート設置場所は、スタッフステーションか処置室とする
6. 救急カートがいつでも使用できるようスタッフ教育を各部署で定期的に行う
7. 救急カート内薬品に関しては、下記記載の救急カート薬品運用に準ずる
8. 救急カートチェック表

	定数	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
喉頭鏡 3、4	各 1										
マックグラス (1-4、1-5B、1-6、2-5、 3-2、3-3、OP、救外のみ)	1										
マックグラス予備バッテリー (1-4、 1-6、救外、OP のみ)	1										
キシロカインゼリー	1										
カフ用ブルーシリンジ 10m	1										
カフ圧計	1										
スタイレット	1										
細デュラポア	1										
バイドブロック	1										
経口エアウェイ	1										
経鼻エアウェイ 7	1										
挿管チューブ 7	1										

挿管チューブ 7.5	1											
挿管チューブ 8	1											
開口器	1											
舌鉗子	1											
マギール鉗子	1											
ペンライト	1											
単 2 電池	2											
電球 (喉頭鏡用)	2											
タイマー	1											
輸液セット 手動用 20 滴	2											
輸液セット ポンプ自然落下用	2											
ロック付き延長チューブ	2											
三方活栓付きエクステンション	1											
エクステンションチューブ	1											
オプサイト 末梢用	2											
末梢留置針 18G	2											
末梢留置針 20G	2											
末梢留置針 22G	2											
三方活栓	1											
シュアプラグ	1											
アルコール単包 ヘキシジン	4											
ヘキシジン	4											
駆血帯	1											
採血スピッツ各種	各 1											
血ガスキット	2											
シリンジ 2.5ml	2											
シリンジ 10ml	2											
シリンジ ロック付き 20ml	2											
シリンジ ロック付き 50ml	1											
注射針 18G	2											
注射針 22G	2											
エラストー針 18G	2											
クリーンテックス 5 cm幅	1											
5 枚ガーゼ	1											
電極シール	2 組											
トラヘルパー	1											
リザーバーマスク	1											
オキシマスク	1											
アンビューバッグ	1											
気管内チューブイントロデューサー	1											

点検者										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 【救急カート薬品運用】

1. 各部署設置の救急カート内の薬品は、院内統一とする（小児救急カートは別統一）  
緊急時以外は開けて使用しない  
統一した内容以外の薬品は入れない  
必要時すぐに使用できるよう使用した際は、速やかに薬剤部へトレイごと持って行き交換する
2. 救急カート内の薬品点検は週1回程度、定期的に行う  
点検者は点検内容について必ず部署責任者に報告する  
点検後は「点検整備済み」シールを貼り、一番使用期限の短い薬品の期限をシールに記載する
3. 点検表は下記の「救急カート薬品点検表」を用いて行う  
使用期限3ヶ月以内の薬品は、各部署の担当薬剤師に相談する

### 【救急カート薬品の取り扱い】

1. 使用時  
救急カートを使用する場合は、「点検・整備済み」の封印を外して使用する  
注）緊急時以外は開けて使用しない
2. 請求
  - ① 使用した薬品に関しては、透明トレイ 2 種類+生食 500mL 2 袋をすべて薬剤部へ返却する  
※ホリゾン注 10mg に関しては金庫管理薬品なので別扱いとする
  - ② 請求する場合は、薬品請求伝票（緑の伝票）で薬品名欄に「救急カート薬品」と記入し、備考欄には「使用した薬品と使用した個数」を記入して薬剤部へ請求する
  - ③ 薬剤部にて薬品請求伝票を確認し、新しくセットされている透明トレイ 2 種類+生食 500mL 2 袋を渡す  
※請求時間帯は常時可
  - ④ 交換を終えたら「点検済み」の緑色テープを張り替え、一番使用期限の短い薬品の期限をマジックインキで緑色テープ上に記載する
  - ④ 使用期限 3 ヶ月以内の薬品は、各部署（入院・外来）担当薬剤師にて交換する

<例>





## 救急カート薬品点検表

年						部署					
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印

## 確認事項

- ・ 救急カート内の薬品が正しくセットされている  
※ホリゾン注10mgは施錠管理薬品
- ・ 救急カート薬品使用期限が切れていない(使用期限3ヶ月以内の薬品は担当薬剤師に相談)
- ・ 「点検・整備済み」の封印が貼ってある(週1回、定期的に確認)
- ・ 「点検・整備済み」の封印に一番使用期限の短い薬品期限が記載してある

## &lt;成人用救急カート薬品一覧&gt;

区分	薬品名	規格	定数	単位
注射	向 ホリゾン注10mg (施錠管理)	10mg1管	2	管
注射	劇 アドレナリン注0.1%シリンジ	0.1%1mL1筒	5	筒
注射	劇 ノルアドリナリン注1mg	0.1%1mL1筒	3	管
注射	劇 静注用キシロカイン2%	2%5mL1管	2	管
注射	劇 ワソラン静注5mg	0.25%2mL1管	1	管
注射	劇 アトロピン注0.05%シリンジ	0.05%1mL1筒	2	管
注射	カルチコール注8.5%5mL	8.5%5mL1管	1	管
注射	硫酸Mg補正液1mEq/mL	0.5mol/20mL1管	1	管
注射	ニトロール注5mg	0.05%10mL1管	2	管
注射	メイロン静注7%20mL	7%20mL1管	2	管
注射	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa100mg	100mg1瓶(溶解液付)	2	瓶
注射	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa300mg	300mg1瓶(溶解液付)	2	瓶
注射	生理食塩液PL20mL	20mL1管	2	管
注射	大塚生食100mL	100mL1瓶	1	瓶
注射	大塚生食500mL	500mL1袋	2	袋
注射	50%ブドウ糖注20mLシリンジ	50%20mL1管	2	筒
外用	キシロカインゼリー2%30mL	20mg/mL	1	本

## &lt;小児用救急カート薬品一覧&gt;

区分	薬品名	規格	定数	単位
注射	向 ホリゾン注10mg (施錠管理)	10mg1管	2	管
注射	劇 ボスミン注1mg	0.1%1mL1筒	3	筒
注射	劇 ノルアドリナリン注1mg	0.1%1mL1筒	3	管
注射	劇 静注用キシロカイン2%	2%5mL1管	1	管
注射	劇 ワソラン静注5mg	0.25%2mL1管	1	管
注射	劇 アトロピン注0.5mg	0.05%1mL1管	2	管
注射	カルチコール注8.5%5mL	8.5%5mL1管	1	管
注射	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルNa100mg	100mg1瓶(溶解液付)	2	瓶
注射	生理食塩液PL20mL	20mL1管	2	管
注射	大塚生食100mL	100mL1瓶	1	瓶
注射	大塚生食500mL	500mL1袋	2	袋
注射	YDソリタT1200mL	200mL1袋	1	瓶
注射	20%ブドウ糖注20mL	20%20mL1管	2	筒
外用	キシロカインゼリー2%30mL	20mg/mL	1	本

2023/2/2 薬剤部

成人用救急カート薬品配置表

 <p>▼ワソラン静注5mg</p> <p>定数1</p>	 <p>アトロピン注0.05%シリンジ</p> <p>定数2</p>	 <p>▼ニトロール注5mg</p> <p>定数2</p>	 <p>▼ヒドロコルチゾン 100mg</p> <p>定数2</p>	 <p>▼ヒドロコルチゾン 300mg</p> <p>定数2</p>
 <p>カルチコール注射液8.5% 5mL</p> <p>定数1</p>	 <p>▼硫酸Mg補正液1mEq/mL</p> <p>定数1</p>	 <p>ブドウ糖注50%シリンジ20mL</p> <p>定数2</p>	 <p>メイロン静注用7%20mL</p> <p>定数2</p>	 <p>生理食塩液100mL</p> <p>定数1</p>
 <p>▼静注用キシロカイン2%</p> <p>定数2</p>	 <p>▼アドレナリン注0.1%シリンジ</p> <p>定数5</p>			
 <p>▼ノルアドレナリン注1mg</p> <p>定数3</p>				

注) 生理食塩液500mL:定数2、▼ホリゾン注10mg;定数2  
▼ホリゾン注10mgに関しては第2種向精神薬のため金庫管理とする。

小児用救急カート薬品配置表

 <p>▼ワソラン静注5mg</p> <p>定数1</p>	 <p>アトロピン硫酸塩注0.5mg</p> <p>定数2</p>	 <p>▼ヒドロコルチゾン 100mg</p> <p>定数2</p>	
 <p>カルチコール注射液8.5% 5mL</p> <p>定数1</p>		 <p>ブドウ糖注20% 20mL</p> <p>定数2</p>	 <p>生理食塩液100mL</p> <p>定数1</p>
 <p>▼静注用キシロカイン2%</p> <p>定数1</p>	 <p>▼ボスミン注1mg</p> <p>定数3</p>		
 <p>▼ノルアドレナリン注1mg</p> <p>定数3</p>			

注) 生理食塩液500mL:定数2、YDノリタ1号200mL:定数1、▼ホリゾン注10mg;定数2  
▼ホリゾン注10mgに関しては第2種向精神薬のため金庫管理とする。



## 黄熱ワクチンウェブ予約概要について

### ■黄熱ワクチン 予約システム■

予約人数を制限するため、予約はウェブでのみ受け付ける。  
本人が、接種希望日時を選択後、以下の項目を入力して申し込む。

#### 【黄熱ワクチン予約ホームページ】

名鉄病院での黄熱ワクチン接種予約ホームページです。  
黄熱ワクチンを受ける方の予約を取ってください。

接種希望日 \_\_\_\_\_  
時刻 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
ふりがな \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
性別 \_\_\_\_\_  
国籍 \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

### ■黄熱ワクチン Web 問診ホームページ■

禁忌該当者を事前にチェックするため、問診項目も入力してもらう。

#### 【黄熱ワクチン問診ホームページ】

以下の問診にご回答ください。

接種予定日 \_\_\_\_\_

Name (名前 英語)

Email

お名前 漢字 \_\_\_\_\_

お名前 ふりがな \_\_\_\_\_

電話番号

連絡先      ○自宅      ○勤務先

緊急時連絡先

名鉄病院を受診したことはありますか

はい → 診察券番号 \_\_\_\_\_

いいえ

#### ●問診項目

黄熱ワクチン接種回数      ○初回      ○2回目以降

予約時刻      ○13時30分(午後1時半)      ○14時30分(午後2時半)

渡航日

渡航期間

渡航目的 1. 観光 2. 出張 3. 赴任・帯同 4. JICA 5. 緊急援助隊 6. VFR 7. 他

渡航先国名 \_\_\_\_\_

経由国 \_\_\_\_\_

### 【ワクチン歴】

最近 1 か月前後の間に他のワクチンを受けたり、受けますか？ 1. はい 2. いいえ

4 週間以内に生ワクチンを接種していますか？ 1. はい 2. いいえ

生ワクチンは、麻疹、風疹、MR（麻疹・風疹混合）、おたふくかぜ、水痘などです。

4 週間未満には黄熱ワクチンを打てません。

2 週間以内にコロナワクチンを接種していますか？ 1. はい 2. いいえ

2 週間未満には接種できません。

4 週間以内にそれ以外のワクチンを接種していますか？ 1. はい 2. いいえ

A 型肝炎 B 型肝炎 日本脳炎 狂犬病 帯状疱疹 破傷風、DPT、髄膜炎菌 子宮頸がん BCG 帯状疱疹 インフルエンザなどは、打っていても黄熱ワクチンは接種できます。

### 【病歴】

現在何か病気をお持ちですか 1. はい 2. いいえ

治療中の薬はありますか 1. はい 2. いいえ

治療中の薬剤名：

担当医から、黄熱ワクチン接種可能といわれましたか？ 1. はい 2. いいえ 3. 該当なし

過去にけいれんを起こしたことはありますか 1. はい 2. いいえ

3 か月以内に輸血やガンマグロブリンの投与を受けましたか？ 1. はい 2. いいえ

過去に何か病気をしたり手術を受けましたか 1. はい 2. いいえ

鶏卵を食べられますか 1. はい 2. いいえ

1 か月以内に次の感染症にかかりましたか？ 1. はい 2. いいえ

麻疹（はしか）、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう、インフルエンザ、新型コロナなど

薬や予防接種でアレルギーや副作用が出たことはありますか 1. はい 2. いいえ

鶏卵や鶏肉、豚肉やゼラチンを食べられませんか？ 1. はい 2. いいえ

1 か月以内にそれらの病気の人との接触はありましたか？ 1. はい 2. いいえ

現在妊娠している可能性はありますか？ 1. はい 2. いいえ

妊娠中は接種不可です。

現在授乳はしていますか？ 1. はい 2. いいえ

母児同時接種であれば、授乳継続可能。それ以外は医師に相談

○（9 か月齢未満の場合）9 か月齢未満には接種できません。 → キャンセル

○（18 歳未満の場合）18 歳未満の方には保護者の同伴をお願いします。

○（18～19 歳の場合）18～19 歳の方には、できるだけ保護者の同伴をお願いします。

○（60 歳以上の場合）60 歳上での初接種は、接種後の重篤な副反応の発生リスクが 60 歳未満の人より高くなります。接種してよろしいですか？ はい いいえ

○（女性の場合）接種日に、妊娠していますか？ はい いいえ

はいの場合、接種できません。

○（女性の場合）接種日以降 1 か月間、9 か月未満の児に母乳の授乳予定ですか？

はい      いいえ

はいの場合、1 か月間または児が 9 か月齢になるまで断乳が必要です。

○日本語での意思疎通ができない場合は通訳可能な方の同伴をお願いします。

はい      いいえ

○卵やゼラチンを食べてショックやアレルギーが起きたことはありますか？

はい      いいえ

はいの場合、アレルギーの程度によっては接種できません。事前に電話で御相談ください。（＊追記）

○過去 4 週間未満にワクチンを打っていますか？ はい → （接種内容：      ）

○今後 4 週間未満にワクチンを打つ予定ですか？ はい → （接種予定：      ）

○黄熱ワクチンは生ワクチンのため、免疫不全や免疫を抑制する薬を使っていると接種することができません。以下の疾患に該当するものはありますか？ また主治医から生ワクチンは接種禁止といわれていませんか？

AIDS、長期のステロイド内服、抗がん剤治療、免疫抑制剤治療、放射線治療、生物学的製剤治療

はい      いいえ

はいの場合、電話で連絡をお願いします。

○黄熱ワクチン接種後に黄熱予防接種証明書(通称イエローカード)をお渡ししますが、証明書が有効になるのは接種 10 日後からです。よろしいですか？

はい      いいえ

○黄熱ワクチンは生ワクチンです。「注射生ワクチン」の接種後 27 日以上の間隔をおかなければ、「注射生ワクチン」の接種を受けることはできません。よろしいですか？

はい      いいえ

○コロナワクチンを接種する場合、黄熱ワクチンから 2 週間以上あける必要があります。よろしいですか？

はい      いいえ

○副反応として、接種部位の発赤、腫脹、疼痛の他に、接種後 1 週間後頃に発熱、頭痛、倦怠感が出ることがあります。よろしいですか？

はい      いいえ

○その他、伝えたいことはありますか？

テキスト入力欄

# 黄熱ワクチン予約について

## (2024年3月以降)

### 黄熱ワクチン接種について

＊ ＊ ご注意 ＊ ＊

2024年2月までは、厚生労働省検疫所の巡回診療で黄熱予防接種を行ってきました。  
今後は、当院で黄熱ワクチンを扱う許可を厚生労働省から得た後、当院が接種いたします。  
これにより2月までと運用が変わります。  
接種日が毎週水曜になります。  
支払いが現金になります。

接種日時（未定）	2024年3月： 13日、27日 2024年4月以降： 毎週水曜
予約受付人数	20人/日 完全予約制
予約受付開始	承認後で、かつ、 接種日の21日前の0：00
予約受付締切	接種日の前週の金曜日の23：59
接種場所	名鉄病院 1号館4階 予防接種センター

※黄熱予防接種は完全予約制です。先着20名となります。  
募集開始は当院の黄熱ワクチン取り扱い許可後になります。

### 料金と支払方法（2024年3月以降）

料金	23,300円（イエローカード交付量含む 小児も同額）
支払方法	現金、ＩＣカード付きクレジットカード
備考	収入印紙は使えなくなります。 もし購入済みでしたら、検疫所で接種してください。

### 申し込み方法

接種日の3週間前から、名鉄病院黄熱ワクチン予約サイトで受け付けいたします。まず予約を取ってください。まずログインＩＤを取得し、次に予約を取っていただきます。

予約が取れた方は、次にウェブ問診サイトで問診項目を入力してください。予約確認メールにリンクが書かれています。問診項目などから接種に問題がある場合には後日当院から電話またはメールで確認させていただきます。

なお、予約が取れずに問診項目を入力しても、予約にはなりませんのでご注意ください。

予約キャンセルは電話で受付いたします。（052-551-6126（平日9：00～17：00））

#### ▶ 接種当日の注意事項

- イエローカード(予防接種国際証明書)は接種10日後(接種日の翌日を1日目とする)から生涯有効です。
- 9か月齢以上18歳未満の未成年の場合は、保護者同伴をお願いします。18歳以上20歳未満の場合は、原則として保護者等同伴をお願いします。
- 接種希望者が日本語を話すことができない場合は、通訳可能な方の同伴をお願いします。
- 予約時間までにお越しください。
- 所要時間はおよそ1～2時間です。副反応の有無を確認するため、接種後30分間は必ず待合室でお待ちください。30分経過後に、最終体調確認を行い、イエローカード（証明書）をお渡しします。
- 帰宅後について、接種後の生活上の制限は特にありません。入浴、運動、飲酒も問題ありませんが、激しい運動は避け、飲酒は適量としてください。
- 当日体調不良等によりキャンセルされる場合は、052-551-6126まで必ずお電話ください。
- 20才未満の方は保護者の方の同行をお願いしております。

#### ▶ 接種当日の持ち物

- 当日は下記のものをお持ちください。
- パスポート（名前が書かれたページのコピーでも可）
- 料金分の収入印紙（複数人の場合はそれぞれ分けて購入）
- 母子手帳、その他のワクチン接種記録。（手元にない場合は持参不要）

#### ▶ 黄熱ワクチンを接種できない方

下記に該当する方は接種いただくことができません。

詳しくは【052-551-6126（平日 9:00～17:00）】までお問い合わせください。

- 出発予定日が接種日から2か月以上先の方
- 生後9か月未満の乳児
- 胸腺に関係する病気の方
- 重症筋無力症
- 何らかの理由で胸腺の手術を受けた方
- 妊娠中の女性
- 過去に黄熱ワクチンで強いアレルギー反応（アナフィラキシーショック）が起きた方  
その他、医師が接種できないと考えた場合

#### ▶ 黄熱ワクチンを接種してよいかどうか、医師に相談が必要な方



下記に当てはまる方は、黄熱ワクチンを接種してよいかどうか、医師とよく相談する必要があります。詳しくは【052-551-6126（平日 9:00～17:00）】までお問い合わせください。

- 妊娠の可能性のある方
- 重度の鶏卵アレルギー、鶏肉アレルギーがある方
- 豚肉アレルギーがある方
- ゼラチンアレルギー、ゼリーによるアレルギーがある方
- 授乳中の女性
  - ・接種後に断乳する場合、生後9か月以上の授乳児と同時に接種する場合は、接種可能です。
- 免疫低下、免疫不全の病気の方
- 薬などの影響で免疫低下の状態にある方
  - ・免疫抑制剤
  - ・ステロイド剤（副腎皮質ホルモン剤）
  - ・関節リウマチの薬、膠原病の薬
  - ・抗がん剤
  - ・放射線治療
- 多発性硬化症の方
  - ・黄熱ワクチンを接種後に、多発性硬化症が一時的に悪化するおそれがあります。

#### 60歳以上の方へ

- 60歳以上の方は重い副反応（副作用）が出やすくなります。十分にご理解の上で接種をご検討ください。
- 年齢や病気の状態によっては、接種をおすすめしない（接種をお断りする）場合もあります。

詳しくは【052-551-6126（平日 9:00～17:00）】までお問い合わせください

#### ▶ ウェブ予約の手順について

まず予約サイトで、あなたがこのサイトに入るためのログインIDを登録してください。予約受付開始日より前に登録しておくことをおすすめします。一人の予約に1つのIDが必要です。

予約受付開始日の0：00からサイトを開くことができます。予約は先着順です。

予約時に入力する英語のお名前、生年月日、性別、国籍はそのままイエローカードに印刷します。入力を間違えないよう慎重におねがいします。



[黄熱ワクチン予約サイト](https://vc.kkch.net/YF/)  
[イトハ](https://vc.kkch.net/YF/)



[黄熱ワクチン問診サイト](https://vc.kkch.net/YF/)  
[イトハ](https://vc.kkch.net/YF/)

## MEITETSU HOSPITAL

## 黄熱予防接種 予診票

- このページでは、黄熱ワクチンを接種する上で必要な事項をお伺いします。
- 以下のフォームより、必要事項を入力のうえ送信してください。

予約日	2024-12-01
Name (名前 英語)	Kikuchi Hitoshi
Email	KikuchiHitoshi@meitetsu-hpt.jp

お名前 漢字	菊池均
お名前 かな	きくち ひとし
電話番号	0525516121
連絡先	<input type="radio"/> 1. 自宅 <input checked="" type="radio"/> 2. 勤務先
緊急時連絡先	0525516126

国際証明書への記載事項。パスポートの記載と同じ内容で。

SEX (性別)	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
BIRTHDAY (生年月日)	1963/11/22 <input type="text"/> (パスポートに記載されている誕生日)
Nationality (英語で.例: JAPAN)	JAPAN

## ★★問診事項

黄熱ワクチン接種回数	<input checked="" type="radio"/> 1. 初回 <input type="radio"/> 2. 2回目以降
予約時刻	<input checked="" type="radio"/> 1. 13時30分(午後1時半) <input type="radio"/> 2. 14時30分(午後2時半)
渡航日	2024/03/10 <input type="text"/>
渡航期間	1年
渡航目的	<input type="radio"/> 1. 観光 <input checked="" type="radio"/> 2. 出張 <input type="radio"/> 3. 赴任・帯同 <input type="radio"/> 4. JICA <input type="radio"/> 5. 緊急援助隊 <input type="radio"/> 6. VFR <input type="radio"/> 7. 他
渡航先国	ガーナ
経由国	カタール

## 【ワクチン歴】

最近1か月前後の間に他のワクチンを受けたり、受けますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
4週間以内に生ワクチンを接種していますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ

生ワクチンは、麻疹、風疹、MR(麻疹・風疹混合)、おたふくかぜ、水痘などです。	
4週間未満には黄熱ワクチンを打てません。	
2週間以内にコロナワクチンを接種していますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
2週間未満には接種できません。	
4週間以内にそれ以外のワクチンを接種していますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 狂犬病 带状疱疹 破傷風、DPT 髄膜炎菌 子宮頸がん BCG 带状疱疹 インフルエンザなどは、 打っていても黄熱ワクチンは接種できます。	

【病歴】

現在何か病気をお持ちですか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
治療中の薬はありますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
治療中の薬剤名：	<input type="text"/>
担当医から、黄熱ワクチン接種可能といわれましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ <input type="radio"/> 3. 該当なし
過去にけいれんを起こしたことはありますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
3か月以内に輸血やガンマグロブリンの投与を受けましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
過去に何か病気をしたり手術を受けましたか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
鶏卵を食べられますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
1か月以内に次の感染症にかかりましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
麻疹(はしか)、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう、インフルエンザ、新型コロナなど	
薬や予防接種でアレルギーや副作用が出たことはありますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
鶏卵や鶏肉、豚肉やゼラチンを食べられませんか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
1か月以内にそれらの病気のひととの接触はありましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
現在妊娠している可能性はありますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
妊娠中は接種不可です。	
現在授乳はしていますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
母子同時接種であれば、授乳継続可能。それ以外は医師に相談	

戻る

次へ

リセット