

予防接種の実際

国立国際医療研究センター病院

トラベルクリニック

看護師 石戸 瑞恵

医師からの指示受け



NCGM
National Center for Global Health and Medicine

1 予防接種問診票

表

裏

【表】

- 質問事項・接種年齢
- 医師のサイン
→ 接種の可否

【裏】

- 接種・添付外使用などの同意書
- 被接種者のサイン

予防接種問診票 (記入日 年 月 日)

氏名 _____ 患者ID _____
生年月日 年 月 日 受診時体温 _____ °C

【問診票】 以下について「はい」または「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

1 本日、具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ
2 現在、何か病気がかかっていますか？	はい	いいえ
3 現在、何か薬を使用していますか？ (病名: _____)	はい	いいえ
4 今までに「けいれん」をおこしたことがありますか？ (薬名: _____)	はい	いいえ
5 免疫不全と診断されたことがありますか？ (いつ頃: _____)	はい	いいえ
6 菜や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
7 鶏肉や卵を食べてぶつぶつができたり下痢をしたことがありますか？	はい	いいえ
8 4週間以内に予防接種(ワクチン)をうけましたか？ (いつ: _____) (ワクチン名: _____)	はい	いいえ
9 これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ (病名: _____)	はい	いいえ
10 これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか？ (いつ: _____) (ワクチン名: _____)	はい	いいえ
11 採血や歯科治療などで気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
12 【女性の方】現在妊娠していますか？妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
13 現在健康状態で心配なことはありますか？	はい	いいえ
14 学生の方ですか？ (学校名: _____)	はい	いいえ

*診療の際、医師に学生証をご提示下さい。学生価格が適用されます。

【医師記載】 以上の問診と診察の結果、本日のワクチンの接種は 可 ・ 不可

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
国際感染症センター トラベルクリニック
医師: _____

前回ワクチン接種 年 月 日
HAV() HAVhav()/HBV()/TT()/JE()/Rb() Rbv()/DPT()/MR()/HPV()/Men()/Ty()
問診票は診療までお手元にお持ちください。診療終了後はお返す必要はありません。

診療内容における同意書

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
理事長 殿

私は、次の項目について資料を確認し、_____ 医師より説明を受けました。
以下の内容を理解しましたので、その実施に同意します。

以下に該当する箇所には○をつけてください。

ワクチン接種に関する説明
(予防接種の適応と効果、同時接種を含む接種方法・接種間隔・今後のスケジュール、
予防接種後の副反応の可能性・対応、健康被害への補償)
資料名:トラベラーズワクチン 予防接種を受けるにあたって

接種予定のワクチンに○をつけてください。
A型肝炎、B型肝炎、破傷風、狂犬病、日本脳炎、インフルエンザ、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、
水痘、MR(麻疹・風疹)、不活化ポリオ、DT(ジフテリア・破傷風)、三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア)
髄膜炎(Menactra)、肺炎球菌(23価)、その他()

日本国内未承認ワクチンについての説明
(予防接種の適応と効果、同時接種を含む接種方法・接種間隔・今後のスケジュール、
予防接種後の副反応の可能性・対応、健康被害への補償)
資料名:トラベラーズワクチン 予防接種を受けるにあたって

接種予定のワクチンに○をつけてください。
腸チフス(Typhim Vi)、A型肝炎(Havrix)、狂犬病(Verorab)、成人用三種混合(Tdap)、
MMR(麻疹・風疹・流行性耳下腺炎(Priorix))、ダニ脳炎(FSME IMMUN)、その他()

添付文書に記載されていない方へのワクチン接種についての説明
資料名:添付文書に記載されていない方への接種について

マラリア予防内服についての説明
資料名:マラリア予防ポケットガイド

国内で保険適応外使用によるマラリア予防内服についての説明
資料名:ドキシサイクリンによるマラリア予防内服について

高山病予防内服について
資料名:高山病の予防内服について

下痢症に対するスタンバイ治療について
資料名:旅行者下痢症について

年 月 日

氏名(説明を受けた人) _____

保護者氏名(説明を受ける人が18歳以下の場合) _____

2017/08/16 印刷

18歳未満の場合、保護者サインが必要！

2 注射指示箋

- ワクチン名・接種量
- 価格設定
(通常/学生価格)

処置指示箋 【外来】

出力日時: 2021/07/28 14:27
出力者: 郷田 美穂

患者番号 05 部署(病室) 渡航外
患者氏名 ██████████ kg 科・指示医 総合感染症科 氏家 無限
生年月日 ██████████ cm

01	■ MMR(麻疹・風疹・ムンプス)ワクチン【学生価格】	実施済	1回
02	■ A型肝炎(エイムゲン0.5)【学生価格】	実施済	1回
03	■ B型肝炎(ビームゲン0.5mL)【学生価格】	実施済	1回
04	■ 狂犬病ワクチン(Verorab)【学生価格】	実施済	1回

3 スケジュールチャート

- 接種間隔・接種回数
- ワクチン接種歴

※生ワクチンは接種間隔に
注意。

＜今回の接種スケジュール＞				＜これまでの接種歴＞							
接種ワクチン	希望	接種	2024/6/9	2024/6/13	2024/7/4	6か月-	/	1st	2nd	3rd	
A型肝炎 (エイムゲン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1		2	3					
*A型肝炎 (Havrix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
B型肝炎 (ビームゲン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1		2	3					
B型肝炎 (ヘプタバックス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2017/7/31	2017/8/22	2018/9/22	2023/3/2
狂犬病 (ラビジュール)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3						
*狂犬病 (Verorab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
黄熱病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○								
*腸チフス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○							
髄膜炎菌 ACWY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		○							
*髄膜炎菌 B (Bexsero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
*ダニ脳炎 (FSME-Immun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2004/4/22			
破傷風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2004/6/29	2004/7/21	2004/8/20	2005/8/30
DPT-IPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
DT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2016/7/26			
*Tdap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2004/5/28	2006/4/25		
*MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
MR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2009/8/29			
麻疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2005/1/4			
風疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2005/2/9			
おたふく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2005/4/6			
水痘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2005/3/9			
帯状疱疹 (シングリックス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
肺炎球菌 PCV13 (プレベナー13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
肺炎球菌 PPSV23 (ニューモバックス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Hib (アクトヒブ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
HPV4 (ガーダシル)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
HPV9 (シルガード)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2021/8/4 7/19	2021/9/25 7/19	2022/3/28 7/19	
マラリア 予防内服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	マラロン								

※は国内承認
 診察日 2024年06月06日
 医師 [Redacted]

必ず2名で実施

2. ワクチンの準備

看護師A
ダブルチェック
依頼者

1) 注射指示箋に従い、ワクチンを冷蔵庫から取り出す。



看護師B
ダブルチェック
実施者

2) ①～③の書類を元に
6Rのダブルチェックを行う。

『指差し、声出しで！』



『1患者 1トレイ』

【6R (Right) とは】

～NCGM医療安全マニュアルに準ずる～
正しい患者：氏名、生年月日、性別
正しい薬剤：ワクチン名
正しい目的：定期接種、渡航目的
正しい投与量：接種量
正しい投与方法：スケジュール
接種方法
正しい書類：同意書
通常価格/学生価格

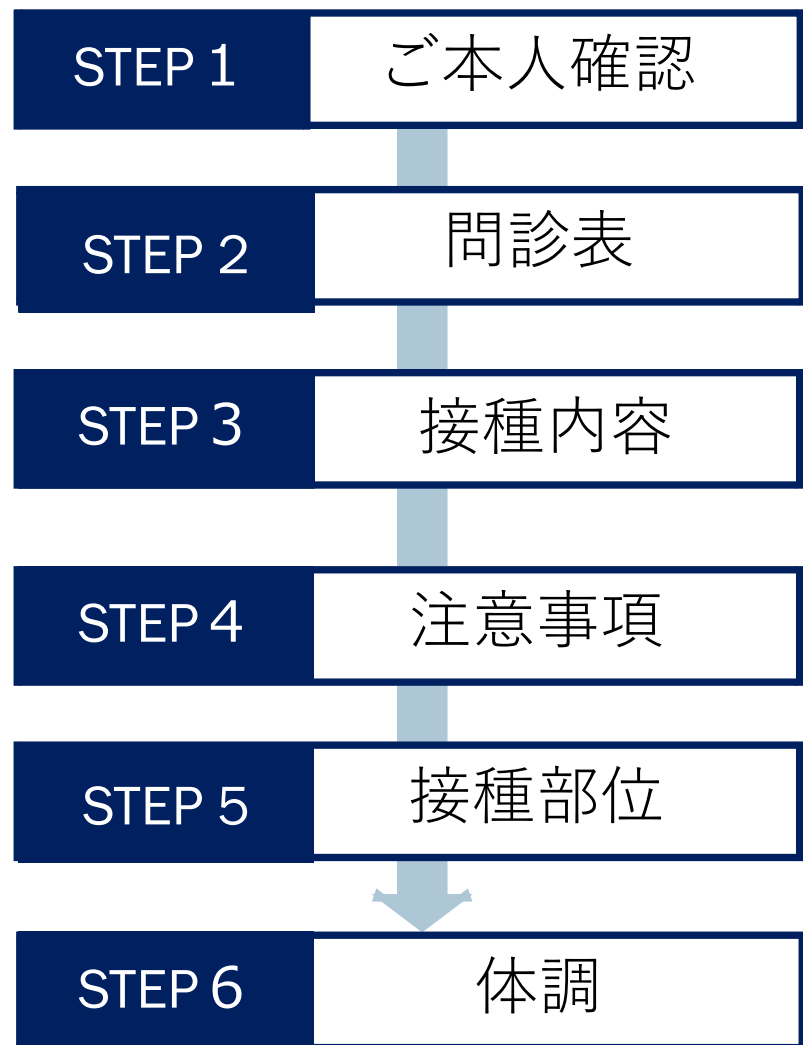
看護師A・B

3) 手指消毒後に手袋を装着
4) ワクチンの溶解・吸い上げ



3. ワクチン接種実施

18歳未満の場合は保護者
も一緒に確認



- ご本人にフルネーム・生年月日を名乗ってもらう。
- 被接種者と問診票に書かれている内容を確認。
(体温、体調、現病歴、直近の接種歴、医師による接種可のサインなど)
- 注射指示箋・スケジュールチャート・接種するワクチンを被接種者と確認する。
- 迷走神経反射の既往、アルコール綿のアレルギーの有無を確認。
(状況に応じて横になって接種、ヘキシジン消毒の使用)
- 利き手を確認し、受診者の希望に合わせてバランスよく接種。
- 穿刺部の異常、手先の痺れ、痛みの有無など症状観察。

4. 接種後の対応

1 予防接種手帳への記録

ワクチン名・接種年月日（西暦）・ロット番号・接種量・接種部位・押印
 例) MMR /25 Aug. 2023/ロット番号/0.5mL /R（みぎ）皮下注射/NCGM

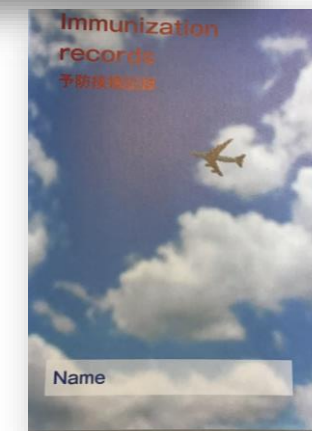
2 接種後体調確認

- 接種後注意事項の説明
- 接種後30分間は院内で経過観察

Immunization records 予防接種記録				
Type of Vaccine 予防接種名	Date given 接種日	Product name - Lot No 商品名・ロット番号	Dose - Site 量・部位	Stamps - Signature 接種者署名
Hepatitis A A型肝炎				

3 予防接種手帳のお渡し

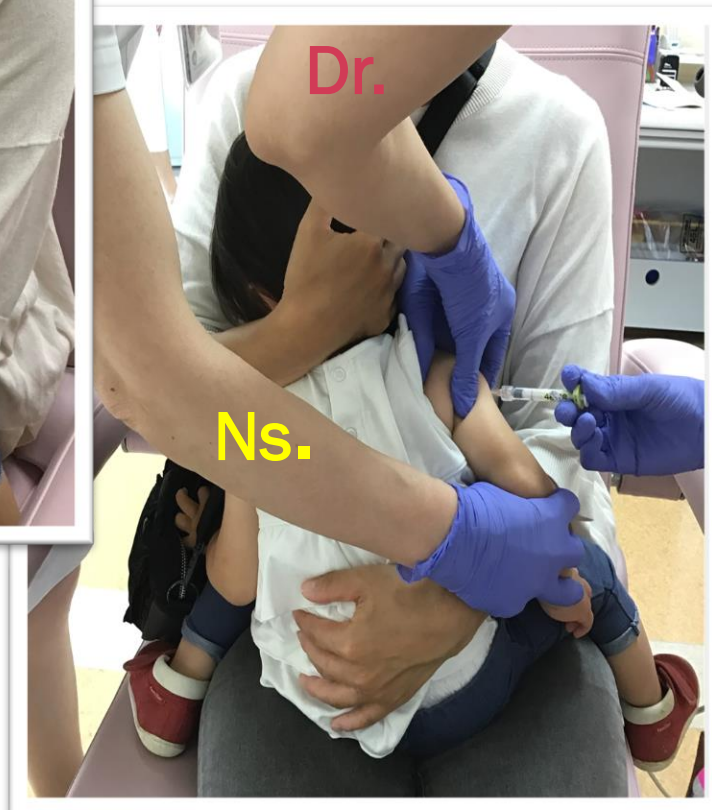
- 接種したワクチンの記録をご本人と確認。
- 次回予約確認。スケジュールチャートもお渡し。
- 会計案内



5. 小児の固定方法



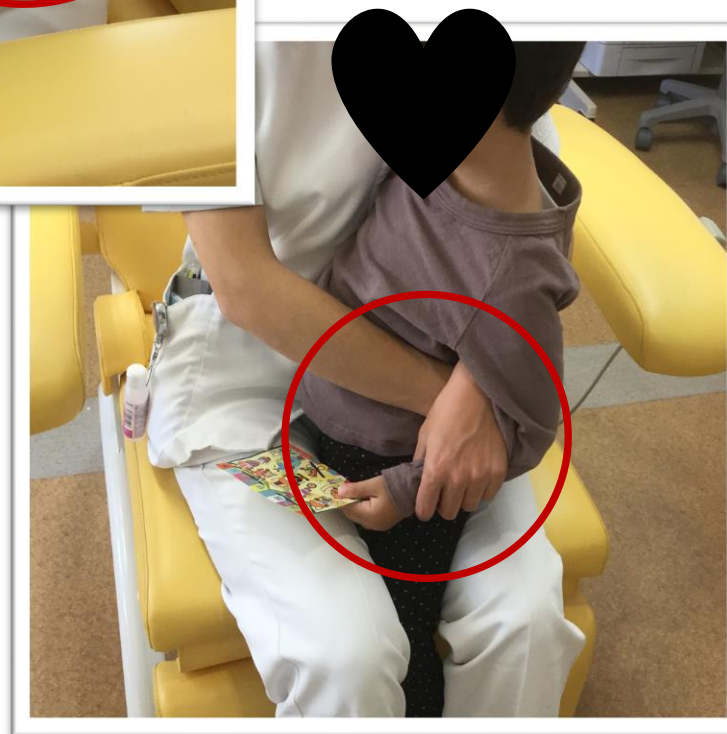
0歳～2歳頃



対面・外向き抱っこ

- ◆ 保護者の片手で頭、もう片方は体幹を抑える。
- ◆ 外向き抱っこでも固定方法は同様で可。（必要に応じて子どもの足を保護者の膝の間に挟む）
- ◆ 看護師は、接種部位を挟んだ両関節をしっかりと固定する。
（接種時のみ・短時間固定とする）
※腕を強く固定しすぎると駆血されるので注意。

2歳以降～



横向き抱っこ

- ① 子どもを保護者の太ももに横向きに座らせる。
- ② 子どもの両足を保護者の太ももで挟む。
- ③ 子どもの注射しない方の腕を保護者の背中へ回し、脇でしめて固定する。
- ④ 子どもの注射する側の脇の下に、保護者の手をくぐらせる。
- ⑤ 脇の下をくぐらせた保護者の手で子どもの手首をしっかりと握る。

5歳以降～



1人座りの場合

- ① 子どもが、これから接種することを理解し、協力的であることを確認する。
- ② 声を出したり泣いてもいいが、動くと危ないことを説明する。
- ③ 肩と肘の関節2か所を、看護師が正面から固定する。

6. 不安を軽減する工夫

接種前

大好きなキャラクターが
いると安心♪
がんばれそうな気がする。

遊んでいると
気持ちが紛れ
る。



ばんそうこう選び



キッズスペース

子どもに合わせた 説明

接種後



ごほうびシール

家族みんなで
ここに行く準備だよ！