

予防接種の実際

国立国際医療研究センター

トラベルクリニック

看護師 福島 有希

医師からの指示受け

1 予防接種問診票

表

【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 ℃

【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、具合の悪いところはありますか？	はい ・ いいえ
2 現在、何か病気にかかっていますか？	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 をおこしたことはありますか？ (薬名:)	はい ・ いいえ
5 免疫不全と診断されたことはありますか？ (いつ頃:)	はい ・ いいえ
6 薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか？	はい ・ いいえ
7 鶏肉や卵を食べてぶつづができたり下痢をしたことはありますか？	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はありますか？ (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はありますか？ (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はありますか？	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
HAV() HAVhav() / I
問診票は診療まで

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○を付けてください。

☐ 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○を付けてください。
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○を付けてください。
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) _____

2017/08/10 改訂

裏

18歳以下の場合、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
患者氏名 [Redacted] kg
生年月日 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

部署(病室) 渡航外
科・指示医 総合感染症科 氏家 無限

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、新型コロナウイルスワクチンは接種間隔に注意。

＜今後の接種スケジュール＞				＜これまでの接種歴＞			
接種ワクチン	接種	接種	接種	接種	接種	接種	接種
A型肝炎 (エイムワン)	☐	☐	1	2	3		
B型肝炎 (ヒューマックス)	☐	☐	1	2	3		
C型肝炎 (ヘパタックス)	☐	☐					
日本脳炎	☐	☐				2006/6/15	2006/6/17
日本脳炎 (減毒)	☐	☐					
日本脳炎 (トビロイール)	☐	☐					
日本脳炎 (Novartis)	☐	☐	3			2005/1/16	2005/1/19
黄熱病	☐	☐				2005/1/30	
黄熱病 減毒	☐	☐					
破傷風-ジフテリ トキソイド	☐	☐					
破傷風-ジフテリ トキソイド	☐	☐	1	2			
破傷風	☐	☐				2004/1/18	
破傷風	☐	☐					
DPT	☐	☐		追加		2001/6/11	2001/7/17
DPT-IPV	☐	☐					
DT	☐	☐				2004/1/31	
ポリオ	☐	☐					
ポリオ	☐	☐				2004/6/11	2004/6/20
MMR	☐	☐	○	○			
MMR	☐	☐				2004/6/30	
麻疹	☐	☐				2000/1/14	
風疹	☐	☐				2000/1/18	
おたふく	☐	☐					
水痘 帯状疱疹	☐	☐					
インフルエンザ	☐	☐					
BCV13 肺炎球菌	☐	☐					
MMR アールセブ	☐	☐					
マーズ 予防接種	☐	☐					

2. ワクチンの準備

必ず2名で実施

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。

『1患者 1トレイ』

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、声出して！』

【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

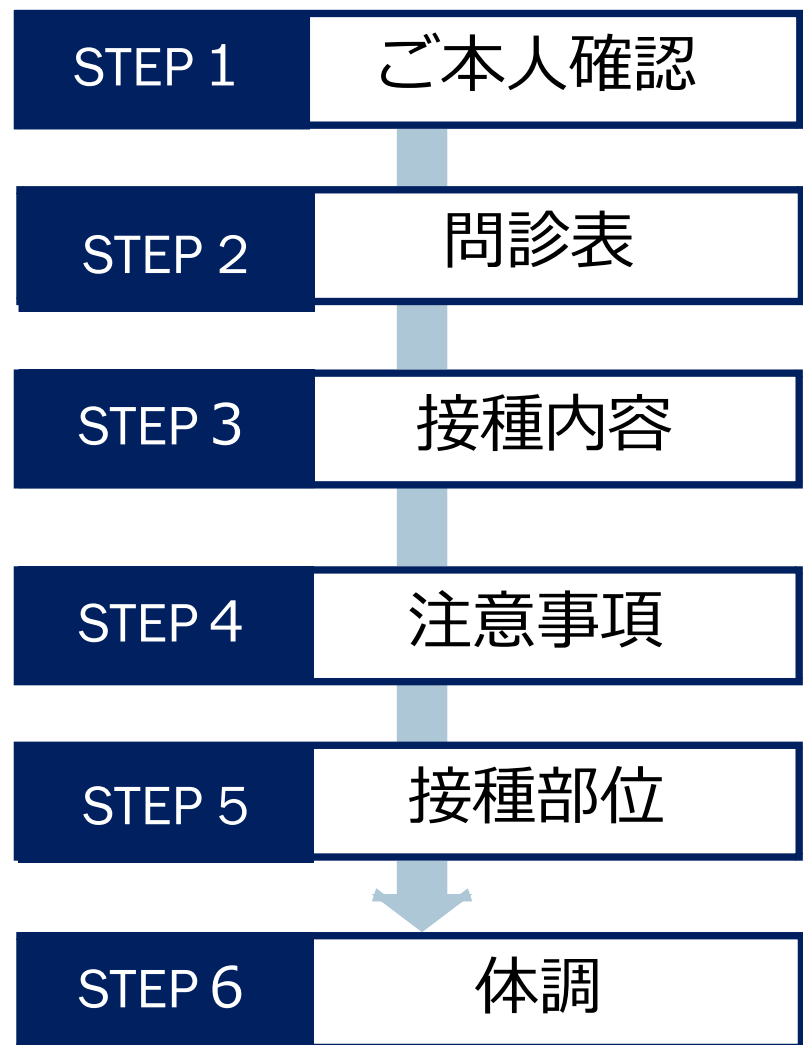
看護師A・B

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歳以下の場合は保護者
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。

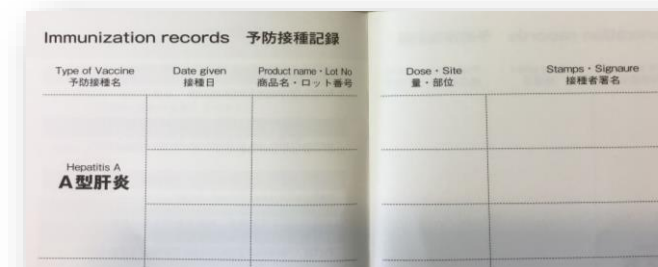
4. 接種後の対応

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 /03 Dec. 2022/ロット番号/0.5mL /R（みぎ）皮下注射/NCGM

2 接種後体調確認

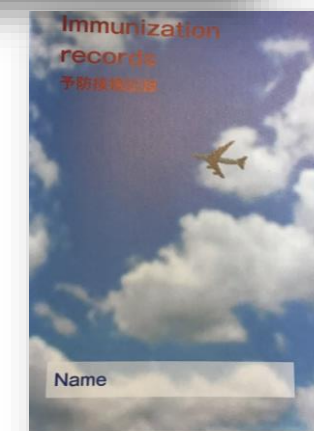
- 接種後注意事項の説明
- 接種後30分間は院内で経過観察



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

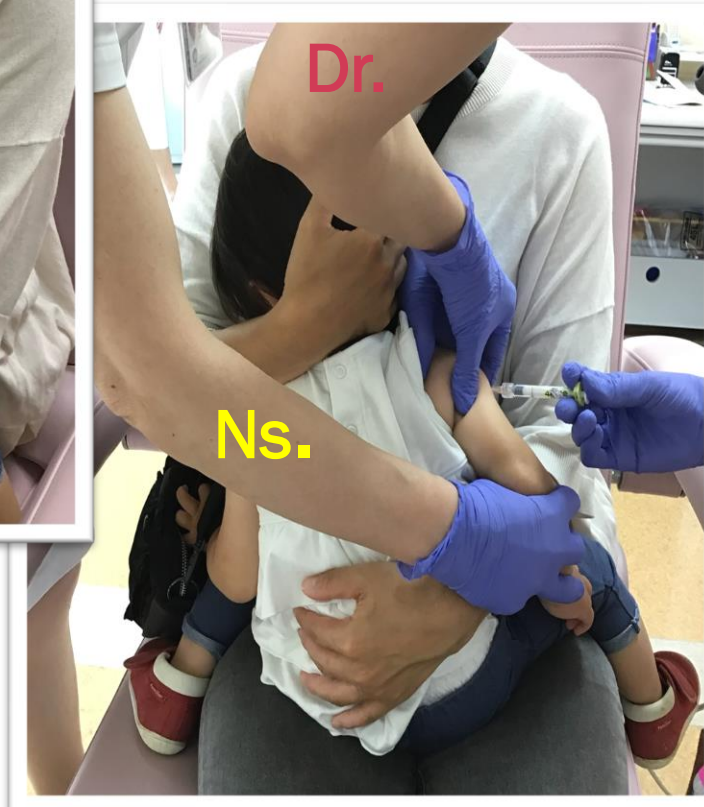
- 接種したワクチンの記録をご本人と確認。
- 次回予約確認。スケジュールチャートもお渡し。
- 会計案内



5. 小児の固定方法



0歳～1歳頃



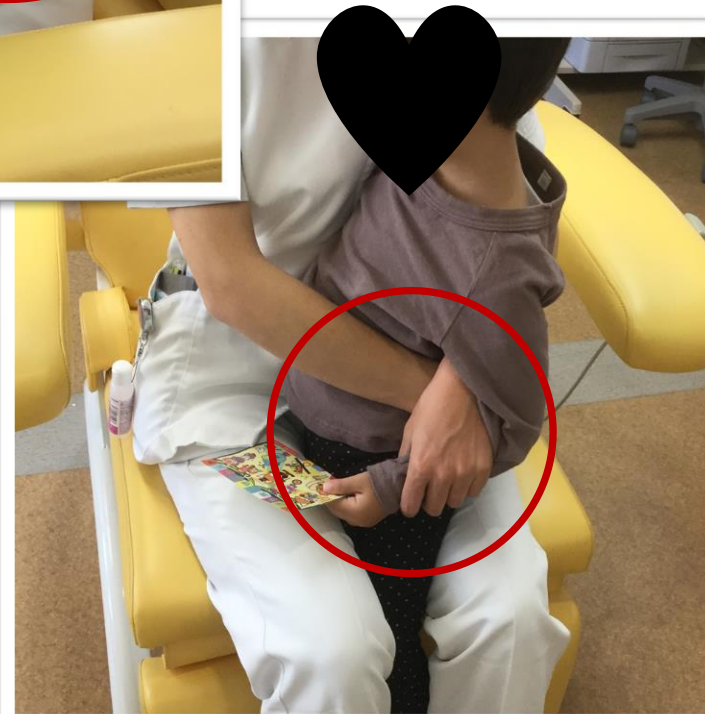
対面・外向き抱っこ

- ◆ 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。

1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握る。



不安を最小限にするちょっとした工夫



遊んでいると気持ち
が紛れる。



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。



キッズスペース