

# 予防接種の実際



Japan Institute for Health Security

国立国際医療センター病院  
トラベルクリニック  
看護師 武田 早織

# ワクチンの準備～投与までの過程

STEP 1

医師から指示受け

医師からワクチン指示を受ける(アナフィラキシー既往などを聞く)

STEP 2

ワクチン準備

看護師間でダブルチェックを行い、ワクチン準備する(問診表、ワクチン接種間隔、接種回数、同意書)

STEP 3

ワクチン接種と投与後

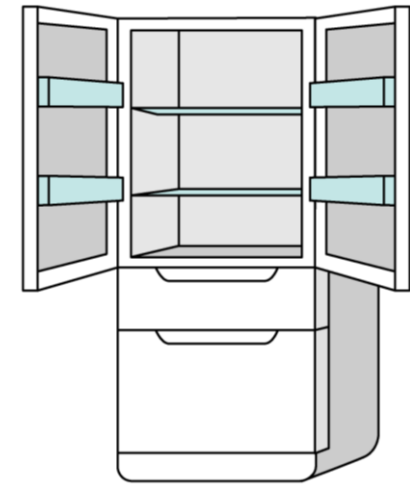
混注時の注意、投与時の確認、投与後の留意点

# 医師から指示受け～ワクチン準備

1患者1トレイで分ける

準備  
しなくちゃ

看護師B



## 処置指示箋 【外来】

出力日時:

出力者:

患者番号 05

部署(病室) 渡航外

科・指示医 総合感染症科

患者氏名 国際太郎

kg

cm

生年月日 平成17年8月1日 20歳Xカ月

2025年8月29日

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

# ワクチンの準備～投与までの過程

STEP 1

医師から指示受け

医師からワクチン指示を受ける(アナフィラキシー既往などを聞く)

STEP 2

ワクチン準備

看護師間でダブルチェックを行い、ワクチン準備する(問診表、ワクチン接種間隔、接種回数、同意書)

STEP 3

ワクチン接種と投与後

混注時の注意、投与時の確認、投与後の留意点

ワクチン準備には3枚一組の書類を揃える

①

予防接種問診票

(記入日 2025 年 8 月 29 日)

氏名

国際 太郎

患者ID

生年月日

2005 年 8 月 1 日

受診時体温

36.0

℃

【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、何か病気がかかっていますか？

はい

・

いいえ

(病名: )

3

現在、何か薬を使用していますか？

はい

・

いいえ

(薬名: )

4

今までに けいれん をおこしたことはありますか？

はい

・

いいえ

(いつ頃: )

5

免疫不全と診断されたことはありますか？

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ぶつ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)を受けましたか？

はい

・

いいえ

(いつ: ) (ワクチン名: )

9

これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

はい

・

いいえ

(病名: )

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？

はい

・

いいえ

(いつ: ) (ワクチン名: )

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？

はい

・

いいえ

(学校名: )

\*診察の際、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

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター

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( )

問診票は診察までお手元にお持ち下さい。体温計は受付のトレイに返却をお願い致します。

②

処置指示箋 【外来】

患者番号

05

部署(病室)

渡航外

患者氏名

国際 太郎

kg

cm

科・指示医

総合感染症科

生年月日

平成17年8月1日

20歳

〇

ヵ月

2025年8月29日

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

国際太郎

スケジュールチャート

国際太郎

＜今回のスケジュールチャート＞

接種ワクチン

2025/8/29

2025/9/5

2025/9/26以降

2025/10/22

2026/02(半年)

1st

2nd

3rd

A型肝炎(エイムゲン)

1

2

3

A型肝炎(Havrix)

B型肝炎(ビームゲン)

2

3

2025/5/22

B型肝炎(ヘプタバックス)

日本脳炎

2010/7/6

2010/7/27

2011/11/2

2017/4/7

狂犬病(ラビビュール)

狂犬病(Verorab)

1

2

3

黄熱病

腸チフス

コレラ

髄膜炎菌ACWY

髄膜炎菌B(Bexsero)

ダニ脳炎(タイコバックス)

BCG

2006/3/14

破傷風

DPT

2006/2/7

2006/3/7

2006/4/11

2007/6/27

DPT-IPV-Hib

DT

2018/9/30

Tdap

Polio(IPV)

Polio(OPV)

2006/5/25

2006/10/26

MMR

1

2

MR

2007/3/28

2012/2/18

MR

麻疹

風疹

看護師A



# 正しい日付、既往の共有、医師の判断

予防接種問診票

(記入日 2025 年 8 月 29 日)

氏名 国際 太郎

患者氏名

生年月日 2005 年 8 月 1 日

受診時体温 36.0 ℃

【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ぶつができた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

\*診察の際、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

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター  
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 ( )

問診票は診察までお手元にお持ち下さい。体温計は受付のトレーに返却をお願い致します。

実施日

実施日の体調  
現病の有無

投薬治療の有無  
けいれんの有無  
免疫不全の有無

アレルギー、ワクチンの成分による過敏症、  
1回目でのアナフィラキシー経験

迷走神経反射の  
既往

妊娠、授乳中の有無

学生価格の適応の有無

医師の可不可、サイン

正しいワクチン、正しい価格を確認

処置指示箋【外来】

患者番号 05

患者氏名 国際 太郎

生年月日 平成17年8月1日

出力日時:

出力者:

部署(病室) 渡航外

科・指示医 総合感染症科

2025年8月29日

01 ■ MMR(麻疹・風疹・ムンプス)ワクチン【学生価格】

02 ■ A型肝炎(エイムゲン0.5)【学生価格】

03 ■ B型肝炎(ビームゲン0.5mL)【学生価格】

04 ■ 狂犬病ワクチン(Verorab)【学生価格】

実施済

実施済

実施済

実施済

1回

1回

1回

1回



国際 太郎様  
<今回のスケジュールチャート>

接種ワクチン	2025/8/29	2025/9/5	2025/9/26以降	2025/10/22	2026/02(半年)		1st	2nd	3rd	
A型肝炎(エイムゲン)	1		2		3					
A型肝炎(Havrix)										
B型肝炎(ビームゲン)	2			3			2025/5/22			
B型肝炎(ヘプタバックス)										
日本脳炎							2010/7/6	2010/7/27	2011/11/2	2017/4/7
狂犬病(ラビビュール)										
狂犬病(Verorab)	1	2	3							
黄熱病										
腸チフス										
コレラ										
髄膜炎菌ACWY										
髄膜炎菌B(Bexsero)										
ダニ脳炎(タイコバックス)										
BCG							2006/3/14			
破傷風										
DPT							2006/2/7	2006/3/7	2006/4/11	2007/6/27
DPT-IPV-Hib										
DT							2018/9/30			
Tdap										
Polio(IPV)										
Polio(OPV)							2006/5/25	2006/10/26		
MMR	1		2							

接種間隔、接種回数、同意の確認

カレンダー8月～10月

日	月	火	水	木	金	土
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	



カレンダー2026年2月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14



エイムゲン接種間隔  
1回目は今日  
2回目は3～4週後  
3回目は24週以降

量：成人、小児ともに0.5ml  
接種経路：皮下または筋注



ビームゲンの接種間隔  
1回目は2025/05/22  
2回目は今日  
3回目は20～24週以降

量：10歳以上0.5ml  
接種経路：筋注または皮下

国際太郎のスケジュール

- エイムゲン 1回目  
ビームゲン 2回目  
2025/08/29
- エイムゲン 2回目  
2025/09/26
- ビームゲン 3回目  
2025/10/22
- エイムゲン 3回目  
2026/02/13

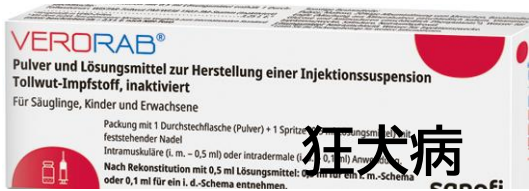
上から順に確認する

接種履歴

国際 太郎様						接種履歴			
<今回のスケジュールチャート>									
接種ワクチン	2025/8/29	2025/9/5	2025/9/26 以降	2025/10/22	2026/02 (半年)	1st	2nd	3rd	
A型肝炎 (エイムゲン)	1		2		3				
A型肝炎 (Havrix)									
B型肝炎 (ビームゲン)	2			3		2025/5/22			
B型肝炎 (ヘプタバックス)									
日本脳炎						2010/7/6	2010/7/27	2011/11/2	2017/4/7



正しい間隔、正しい回数、同意の有無を確認



狂犬病ワクチンの接種間隔  
1回目は今日  
2回目は1週後  
3回目は3～4週以降

量：成人、小児ともに0.5ml  
接種経路：筋注



MMRの接種間隔  
1回目は今日  
2回目は4週後

量：成人、小児ともに0.5ml  
接種経路：皮下注

接種履歴

生ワクチンは一か月空ける

カレンダー8月～9月


日	月	火	水	木	金	土
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

国際太郎のスケジュール

- 狂犬病VERORAB 1回目  
MMR 1回目  
2025/08/29
- 狂犬病VERORAB 2回目  
2025/09/5
- 狂犬病VERORAB 3回目  
MMR 2回目  
2025/09/26

国際 太郎様 <今回のスケジュールチャート>									
接種ワクチン	2025/8/29	2025/9/5	2025/9/26以降	2025/10/22	2026/02(半年)		1st	2nd	3rd
日本脳炎							2010/7/6	2010/7/27	2011/11/2
狂犬病 (Verorab)	1	2	3						
BCG							2006/3/14		
DPT							2006/2/7	2006/3/7	2006/4/11
DT							2018/9/30		
Polio(OPV)							2006/5/25	2006/10/26	
MMR	1	2							
MR							2007/3/28	2012/2/18	
麻疹									
風疹									
水痘 (帯状疱疹)							2007/5/9	2009 罹患	
HPV4 (ガーダシル)							2021/4/25	2021/6/26	2021/10/30
COVID-19							2021/7/10 ファイザー	2021/7/31 ファイザー	2022/4/18 ファイザー

# 同意書の確認



2025 年 4 月 1 日 改訂

診療内容における同意書

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター  
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を☑してください。

☐ 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）、IPV（不活化ポリオ）、DPT（百日咳・破傷風・ジフテリア）、DPT-IPV、DPT-IPV-Hib、4価髄膜炎菌、肺炎球菌 23 価、肺炎球菌 13 価、肺炎球菌 15 価、Hib、帯状疱疹、HPV4/9、BCG、Rota、RSV（高齢者）、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、Proirix）、ダニ脳炎 (FSME IMMUN)、髄膜炎菌 B 型 (Bexsero)

☐ 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

2025 年 8 月 29 日

説明を受けた人 \_\_\_\_\_ 氏名 国際太郎

保護者（説明を受ける人が 18 歳未満の場合） \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

# ワクチンの準備～投与までの過程

STEP 1

医師から指示受け

医師からワクチン指示を受ける(アナフィラキシー既往などを聞く)

STEP 2

ワクチン準備

看護師間でダブルチェックを行い、ワクチン準備する(問診表、ワクチン接種間隔、接種回数、同意書)

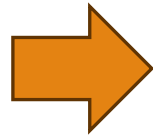
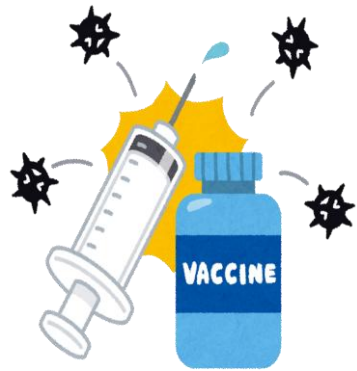
STEP 3

ワクチン接種と投与後

混注時の注意、投与時の確認、投与後の留意点

## 混注

- ・生ワクチンは混注後1時間以内の注射



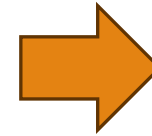
- ・経口ワクチンの種類によっては、接種前後1時間に飲食がないかを確認する



## 投与

- ・患者誤認防止
- ・体調、迷走神経反射の履歴の確認
- ・未成年の保護者立ち合いの有無

- ・ワクチン名や接種回数の口頭での説明
- ・利き手と反対側への接種を推奨



## 投与後

- ・接種後30分は副反応の観察
- ・予防接種記録のお渡し、黄熱ワクチン接種者へはイエローカードの説明

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] **HANAKO Chubu** 生年月日 1st JAN.2005 性別 F  
国籍 Japan 国民識別番号(有する場合)  
署名 whose signature follows SIGNATURE

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(症患名又は症候名)  
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis  
の予防接種又は予防薬の投与を受けた事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 製造 Manufacturer of vaccine
YELLOW FEVER	1st JAN. 2022	Quarantine Officer Chubu Airport Quarantine Station 接種医師の サイン	Chubu Lot N





# 小児の固定方法

0歳～2歳ごろ



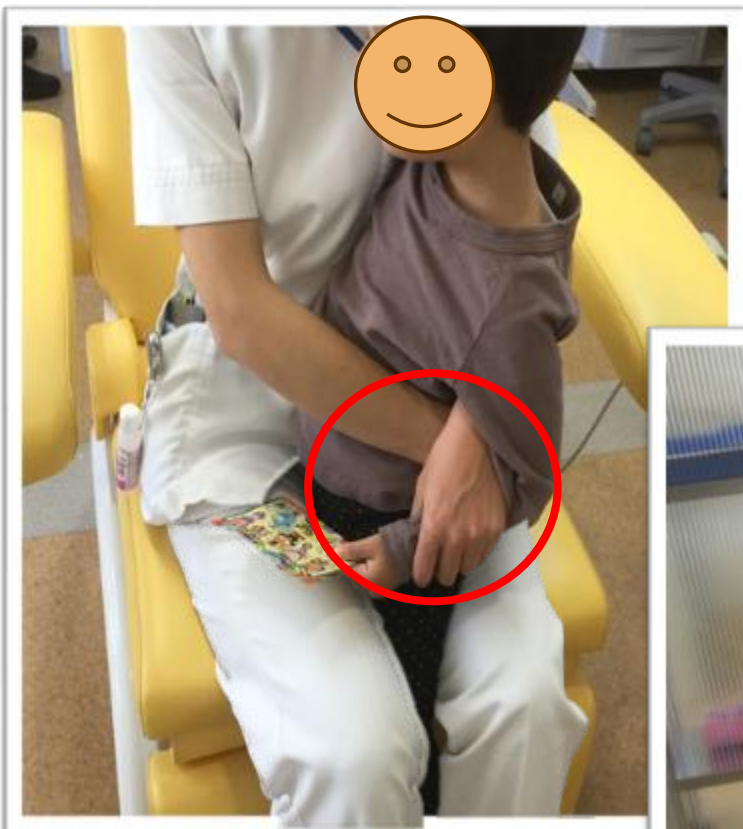
## 対面・外向き抱っこ

保護者の片手で児の**頭**を固定し、  
もう片方の手で**体幹**を抑える  
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

外向き抱っこのときも固定法は同様

必要に応じて子どもの足を保護者  
の膝の間に挟む

2歳以降～



## 横向き抱っこ

児の両足を保護者の太ももで挟む

児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

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

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

5歳～



児が、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

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

**肩**と**肘**の関節2か所を、看護師が正面から固定する



接種後

私が行くのは  
どこ？かしら



「よく頑張りました」  
「やったー！ごほうびシールだ」