予防接種の実際



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

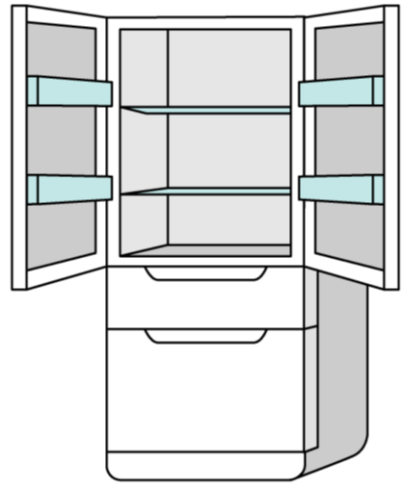
ワクチンの準備～投与までの過程

STEP1 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）
STEP3 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トレーで分ける







髄膜炎菌
ワクチン

処置指示箋　【外来】

出力日時：　2026/06/17 10:33

出力者　：　武田　早織

患者番号 99000041

部署（病室）　渡航外

コクサイタロウ

患者氏名 国際太郎

科・指示医　総合感染症科　氏家　無限

35.00kg　140.00cm

生年月日 昭和40年05月05日　61歳1ヶ月　男

2026/06/17(水)

01　■ MMR(麻疹・風疹・ムンプス)ワクチン【通常価格】　実施済　1回

02　■ 髄膜炎菌4価ワクチン(メンクアッドフィ)【通常価格】　実施済　1回

ワクチンの準備～投与までの過程

STEP1 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）
STEP3 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

予防接種問診票

氏名 国際　太郎 ①　（記入日 2026 年 6 月 17 日）　患者ID

生年月日 1965 年 5 月 5 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」のいずれかを〇で囲んでください。

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
	（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）をうけましたか？	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ーに返却をお願い致します。

処置指示箋　【外来】②

出力日時：2026/06/17 10:33
出力者　：武田　早織

患者番号 09000041　部署（病室）　渡航外
患者氏名 国際太郎 様　科・指示医　総合感染症科　氏家　無限
35.00kg　140.00cm
生年月日 昭和40年05月05日　61歳1ヶ月　男
2026/06/17(水)

01 ■ MMR(麻疹・風疹・ムンプス)ワクチン【通常価格】　実施済　1回

02 ■ 髄膜炎菌4価ワクチン(メンクアッドフィ)【通常価格】　実施済　1回

国際太郎 様 ③

<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	推奨	2026/6/17	2026/7/15	/	/	/	1st			
A型肝炎（エイムゲン）	□	□									
髄膜炎菌 ACWY	□	□	1								
*髄膜炎菌 B（Bexsero）	□	□									
ダニ脳炎（タイコパック）	□	□									
BCG	□	□						1964			
破傷風	□	□									
DPT	□	□						1965/12/1			
Polio(IPV)	□	□									
Polio(OPV)	□	□						1965			
*MMR	□	□	1	2							
MR	□	□									
麻疹	□	□									
風疹	□	□									
おたふく	□	□									
水痘 帯状疱疹	□	□									
帯状疱疹（シングリックス）	□	□									
肺炎球菌 PCV20（プレベナー20）	□	□									
肺炎球菌 PPSV23	□	□									
RSV（アブリスボ）	□	□									
Hib（アクトヒブ）	□	□									
HPV4（ガーダシル）	□	□									
HPV9（シルガード）	□	□									
インフルエンザ	□	□									
COVID-19	□	□									
マラリア予防内服	□	□									

*は国内未承認、色付のマスは弱毒生ワクチン

診察日　2026年06月17日
医 師　武田 早織



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 2026/06/17 日）

氏名 国際　太郎　　患者ID

生年月日 1965/05/05 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、何か病気にかかっていますか？（病名： ）	はい ・ いいえ
3	現在、何か薬を使用していますか？（薬名： ）	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？（いつ頃： ）	はい ・ いいえ
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：

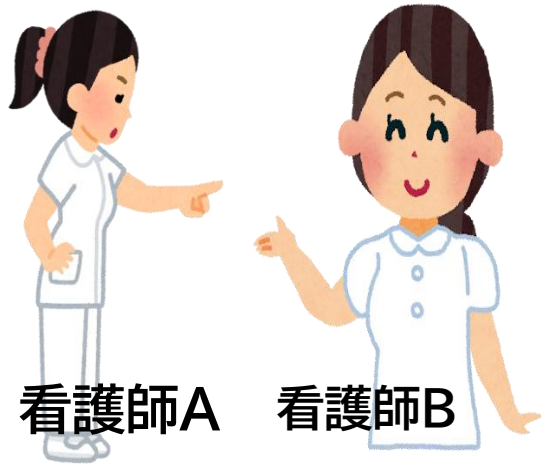
前回ワクチン接種　　年　　月　　日
HAV( ) HAVhav ( )/HBV ( )/TT ( )/JE ( )/Rb ( ) Rbv ( )/DPT ( )/MR ( )/HPV ( )/Men ( )/Ty ( )

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度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、正しい量を確認

処置指示箋　【外来】

出力日時：　2026/06/17　10:3

出力者　：　武田　早織

患者番号 99000041

部署（病室）　渡航外

コクサイタロウ

患者氏名 国際太郎様

科・指示医　総合感染症科　　氏家　無限

35.00kg　　140.00cm

生年月日 昭和40年5月5日　男

2026/06/17(水)

01　■ MMR(麻疹・風疹・ムンプス)ワクチン【通常価格】　実施済　1回

02　■ 髄膜炎菌4価ワクチン(メンクアッドフィ)【通常価格】　実施済　1回



国際太郎様　スケジュールチャート

<これまでの接種歴>

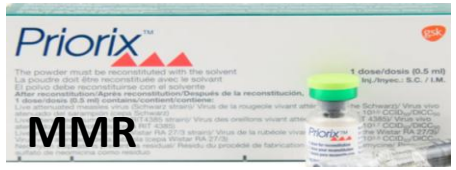
接種ワクチン	希望	推奨	2026/6/17	2026/7/15	/	/	/	1st	2nd	3rd	
A型肝炎（エイムゲン）	□	□									
髄膜炎菌 ACWY	□	□	1								
*髄膜炎菌 B（Bexsero）	□	□									
ダニ脳炎（タイコバック）	□	□									
BCG	□	□						1964			
破傷風	□	□									
DPT	□	□						1965/12/1			
Polio(IPV)	□	□									
Polio(OPV)	□	□						1965			
*MMR	□	□	1	2							
MR	□	□									
麻疹	□	□									
風疹	□	□									
おたふく	□	□									
水痘 帯状疱疹	□	□									
帯状疱疹（シングリックス）	□	□									
肺炎球菌 PCV20（プレベナー20）	□	□									
肺炎球菌 PPSV23	□	□									
RSV（アブリスボ）	□	□									
Hib（アクトヒブ）	□	□									
HPV4（ガーダシル）	□	□									
HPV9（シルガード）	□	□									
インフルエンザ	□	□									
COVID-19	□	□									
マラリア予防内服	□	□									

*は国内未承認、色付のマスは弱毒生ワクチン

診察日　2026年06月17日

医　師　武田　早織

接種間隔、接種回数、同意の確認



上から順番に確認する
生ワクチンは27日間空ける

MMR接種間隔
1回目は6月17日
2回目は28日後(4週後）

量：成人、小児ともに0.5ml
接種経路：皮下または筋注

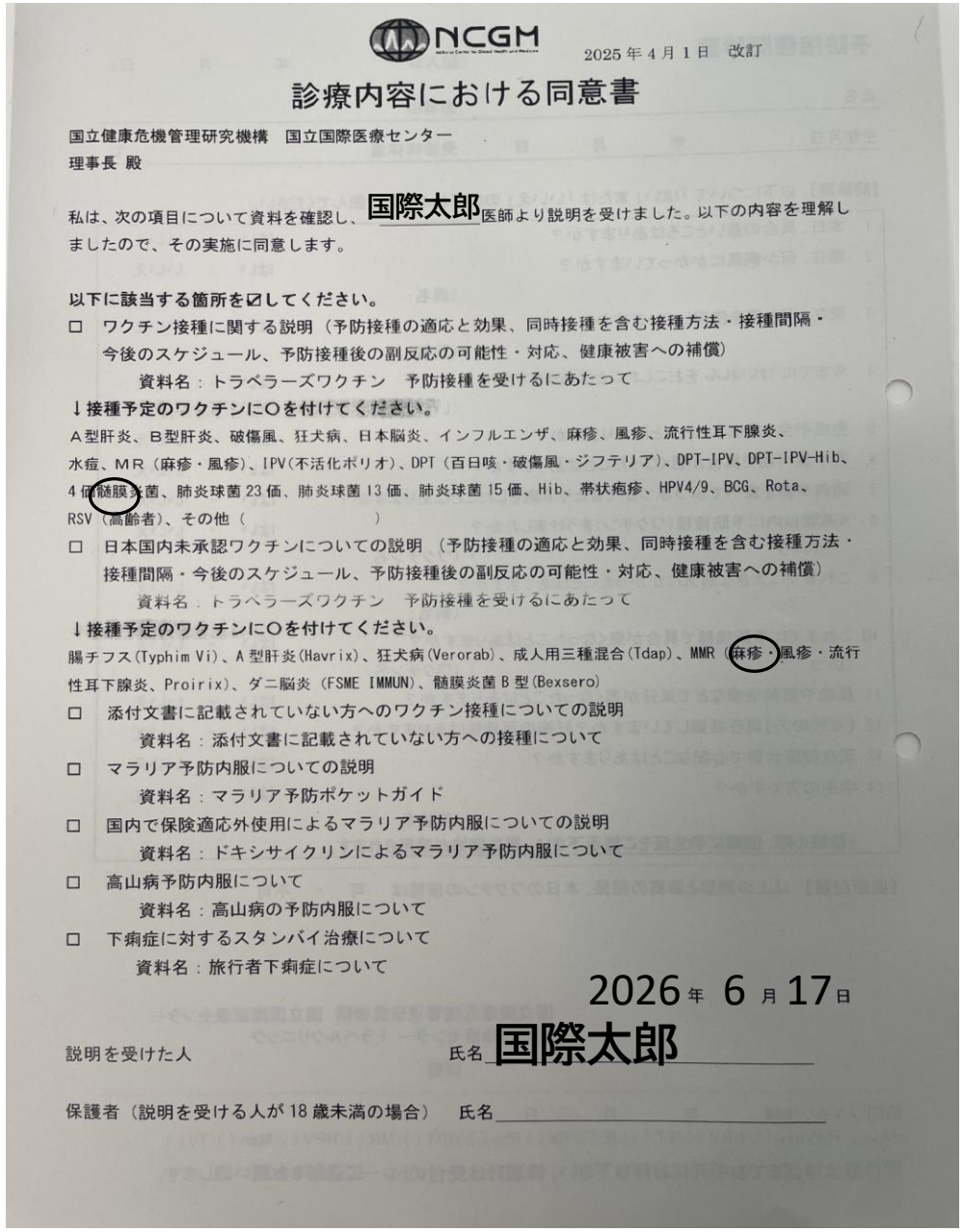
卓上カレンダー6月～7月

日	月	火	水	木	金	土
	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	

国際　太郎様
＜今回のスケジュールチャート＞

接種ワクチン	2026/6/17	2026/7/15					1st	2nd	3rd	
A型肝炎（エイムゲン）										
A型肝炎（Havrix）										
B型肝炎（ビームゲン）										
B型肝炎（ヘプタバックス）										
MMR	1	2								
MR										
MR										
麻疹										
風疹										

同意書の確認



NCGM

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、国際太郎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

2026年 6月 17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

STEP1 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）
STEP3 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





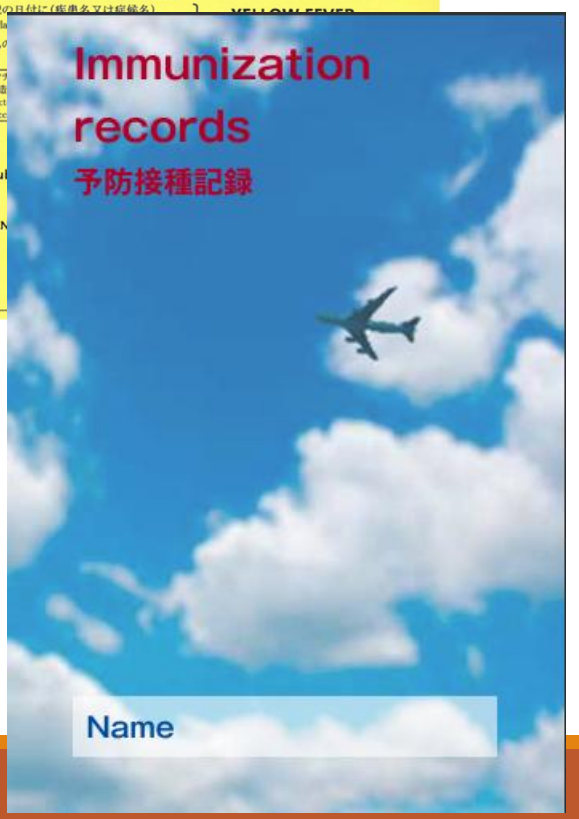
投与後

・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 , date of birth 1st JAN.2005
性別 , sex F
国籍 nationality Japan
国民識別番号(有する場合) , national identification document, if applicable
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(疾患名又は症候名)
has on the date indicated been vaccinated or received prophyla
の予防接種又は予防薬の投与を受けた事を証明するも
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	ワクチ製造 Manufact of vacc
YELLOW FEVER	1st JAN. 2022	Quarantine Officer Chubu Airport Quarantine Station 接種医師のサイン	Chu 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、

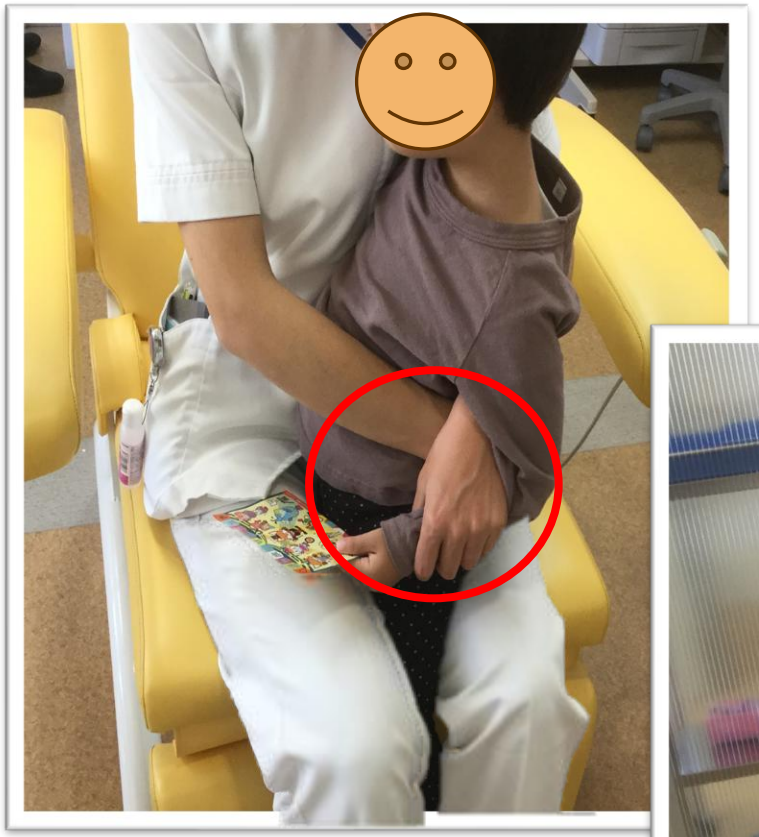
もう片方の手で**体幹**を抑える

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

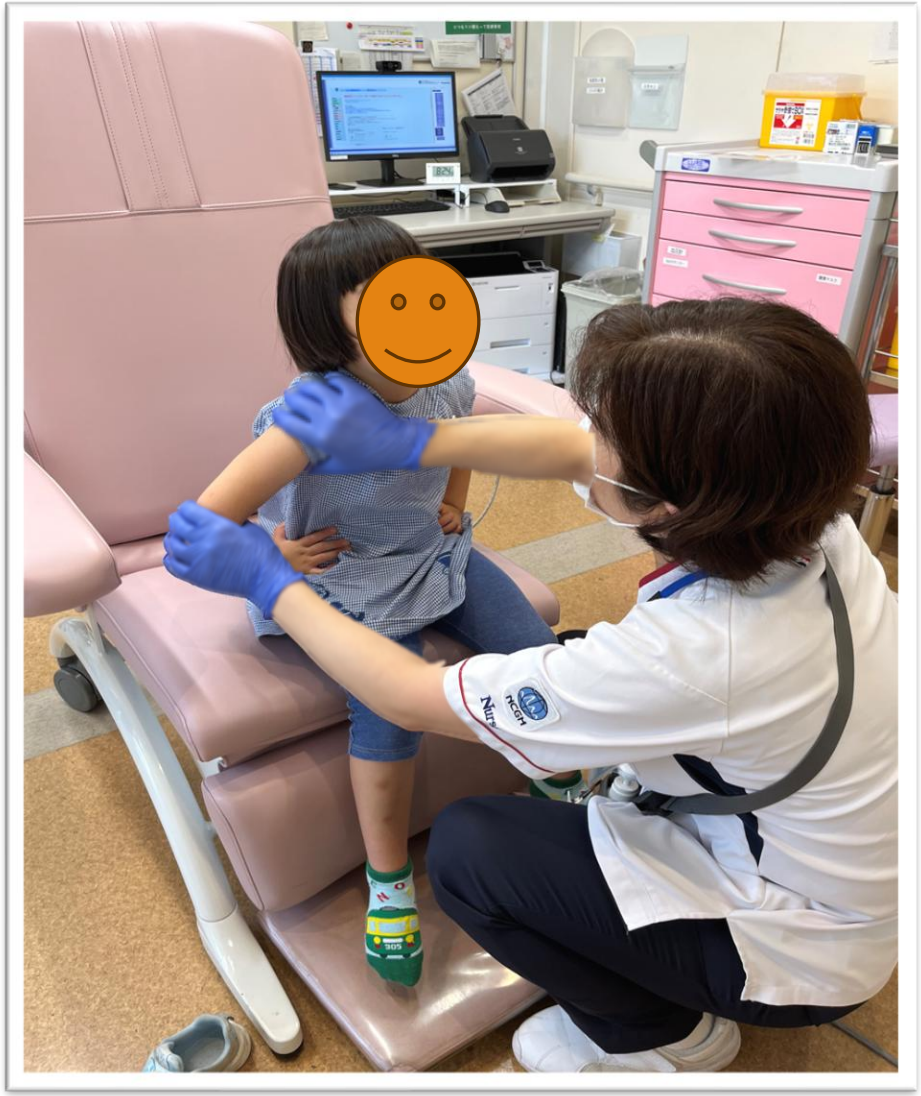
子どもの注射する側の脇の下に、**保護者の手**をくぐらせる

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」