

狂犬病ワクチン(ラビピュール筋注用)の接種をご希望の方に

狂犬病ワクチン(ラビピュール筋注用)の接種を実施するにあたり、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明書をお読みになり、「狂犬病ワクチン(ラビピュール筋注用)接種予診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。なお、お子さんの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

狂犬病について

狂犬病は、狂犬病ウイルスに感染している動物(イヌ、ネコ、キツネ、コウモリなど)に咬まれたり傷口をなめられたりすることで感染します。潜伏期は通常1〜3か月で、いったん発病すると有効な治療法はなく、頭痛・発熱から始まり、えん下困難、けいれん等がみられ、呼吸、循環不全でほぼ100%死亡します。狂犬病は一部の国・地域を除いて全世界に存在しており、その多くがアジア、アフリカに分布しています。日本では1957年以降、国内で感染した例はありませんが、海外では年間約5〜6万人が狂犬病で亡くなっています。

狂犬病は曝露前のワクチン接種が対策の基本です。狂犬病の感染リスクが高い地域に渡航する場合は、事前にワクチンを接種する「曝露前接種」が有効です。1か月以上の長期滞在者、滞在期間にかかわらず動物と接触する機会の多い方、奥地・秘境などへの渡航ですぐに医療機関にかかることができない方などは、渡航前の狂犬病ワクチンの接種が推奨されています。動物に咬まれたりして感染が疑われる場合は、直ちにワクチン接種を開始する「曝露後接種」が有効な手段であり、曝露前接種をしていない場合は、接触の程度によって免疫グロブリンの投与が必要です。

厚生労働省：狂犬病に関するQ&Aについて [https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou10/07.html, 2023年8月9日確認]
厚生労働省検疫所(FORTH)：感染症についての情報 狂犬病 [https://www.forth.go.jp/useful/infectious/name/name47.html, 2023年8月9日確認]

ワクチンの効果と副反応

ラビピュールは、狂犬病の流行地域への渡航前の予防的接種(曝露前接種)および、狂犬病の常在国で動物に咬まれた後の発病予防(曝露後接種)にも使用できるワクチンです。

主な副反応は、注射部位の痛み、赤み、腫れ、頭痛など、全身症状として倦怠感、発熱を伴うことがあります。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)、脳炎、ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)が起こる可能性があります。本剤はゼラチン含有製剤のため、ゼラチンを含んだ薬や食品に対して過敏症などがある方は、必ず医師に申し出てください。

予防接種を受けることができない方

- (1)明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
 - (2)重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
 - (3)過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
 - (4)その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方
- ただし、曝露後接種を目的にした使用に限り、治療上の有益性を考慮して接種を行います。

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- (1)ゼラチンを含む薬や食品に対して過敏症の既往歴のある方
- (2)心臓血管系・腎臓・肝臓・血液・発育障害などの基礎疾患のある方
- (3)予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- (4)過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- (5)過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6)このワクチンの成分または鶏卵や鶏肉、抗生物質(テトラサイクリン、ネオマイシン、アムホテリシンB)に対してアレルギーを疑う症状がみられた方
- (7)血小板が少ない方や出血しやすい方
- (8)妊婦または妊娠している可能性のある方
- (9)最近1か月以内に予防接種を受けた方

接種後の注意

- (1)接種後に失神が起こることがあるので、接種後30分程度は、接種施設で背もたれのある椅子にゆっくり腰掛けて、体調の変化がないことを確認してから帰宅しましょう。
- (2)接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- (3)接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- (4)本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が支給される場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

接種予定日	月 日() 時 分頃	医療機関名	医療法人社団 丸の内クリニック
-------	----------------	-------	-----------------

*接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

狂犬病ワクチン(ラビピュール筋注用) 接種予診票

				診察前の体温		度		分	
回	数	1回目(今回が初めて)		・ 2回目以降(		回目、前回接種日:		年	月 日)
住	所	〒				TEL () -			
フ	リ	ガ	ナ	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 生			
受ける人の氏名						(歳 か月)			

質問事項	回答		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい 病名、具体的な症状()	いいえ	
その病気で治療(投薬など)を受けていますか	はい 薬の名前・種類()	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名()	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診察を受けていますか	はい 病名()	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい	
(接種される方がお子さんの場合) 分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい 具体的に()	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい()歳頃	いいえ	
その時、熱は出ましたか	はい		
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名()	いいえ	
ゼラチンを含む薬や食品に対してショックやアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい 予防接種名()	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名()	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名() 接種日(月 日)	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい 予防接種名()	いいえ	
(女性の方に)現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい 具体的に()	いいえ	

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。	医師の署名又は記名捺印
本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて説明しました。	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。	本人または代理人の署名
(はい ・ いいえ)	代理人の場合：関係

使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン ラビピュール筋注用 株式会社オーファンパシフィック 製造番号:	筋肉内注射 1.0mL 左 ・ 右	実施場所: 医療法人社団 丸の内クリニック 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報は予防接種に関する予診にのみ使用します。