

タイフム ビアイ[®]注シリンジ

TYPHIM Vi Syringe for Injection

接種申込書・予診票

任意接種用

精製Vi多糖体腸チフスワクチン接種をご希望の方へ

— 予防接種に欠かせない情報です。必ずお読みください —

タイフィム ブイアイ® 注シリンジは、腸チフスを予防するためのワクチンです。

チフス菌と腸チフスとは？^{1), 2)}

腸チフスは、サルモネラ属に分類されるチフス菌によって引き起こされる全身性の感染症です。

一般に食中毒などでみられるサルモネラ感染症とは区別されます。

チフス菌は、ヒトにのみ感染します。患者や健康保菌者の便や尿で汚染された食べ物や水を摂取することで感染します。

腸チフスの症状²⁾

潜伏期間は、通常10～14日ですが、摂取した菌量が多ければ潜伏期間は短縮します。

主な症状は発熱で、高熱が持続します。下痢がみられることもあります。

典型例では、バラ疹（胸腹部にあらわれる淡紅色の発疹）、肝臓や脾臓の腫大、意識障害や徐脈（脈拍が遅い）などの症状がみられます。また、いったん解熱しても、約20%に再発を認めます。腸出血、腸穿孔をきたすこともあります。

予防と治療²⁾

上下水道設備の不十分な地域に滞在する場合は、加熱不十分と思われる食品は避け、飲食する際には食べ物が適切に調理され、提供されるときにまだ温かい状態であることを確認してください。また、飲料水も煮沸してください。飲食店や屋台などでの飲食も控えてください。

また、胃切除後や制酸剤内服中は感染しやすくなるので、特に注意しましょう。

抗菌薬の投与による治療が行われますが、特にアジアでは薬剤耐性菌（薬の効かない菌）も報告されています。

腸チフスを疑ったときは、速やかに医療機関を受診してください。

WHOが推奨している予防法³⁾

- ・殺菌をしていない乳などから作られた製品は避けてください。
- ・安全な水から作られていない限り、氷は避けてください。
- ・飲料水の安全性に疑問がある場合は沸騰させるか、それが難しい場合は薬局で販売されている飲料水用の消毒剤などで消毒してください。
- ・ペットや家畜と接触した後、またはトイレに行った後は、せっけんを使用して手を洗いましょう。
- ・果物や野菜を、特に生で食べる場合は、丁寧に洗いましょう。可能であれば、野菜や果物は皮を剥いてから食べましょう。

流行地（リスク地域）⁴⁾

日本を除く東アジア、東南アジア、インド亜大陸、中東、東欧、中南米、アフリカなどに広く分布しており、特に途上国に多くみられます。

日本では近年、腸チフスは年間20～60例で推移しており、70～90%程度が海外で感染し帰国後に発症した輸入感染例です。

1) 国立健康危機管理研究機構 感染症情報提供サイト：腸チフス・パラチフス
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/440-typhi-intro.html> (2025年6月11日閲覧)

2) 厚生労働省検疫所 FORTH：腸チフス、パラチフス (Typhoid Fever, Paratyphoid Fever)
<https://www.forth.go.jp/moreinfo/topics/name11.html> (2025年6月11日閲覧)

3) World Health Organization：Typhoid
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid> (2025年6月11日閲覧)

4) 日本渡航医学会：海外渡航者のためのワクチンガイドライン/ ガイダンス2019, 協和企画, 2019

精製Vi多糖体腸チフスワクチン接種前後の注意事項

— 予防接種に欠かせない情報です。必ずお読みください —

1. 接種前の注意事項

- 予診票はよく読み、正確に記載してください。
- 接種前には、接種後の注意事項や副反応を疑う症状を認めた場合の対応について十分に説明を受けてください。
- 健康上の心配がある人、当日体調がすぐれない人は、接種前に必ず医師に申し出てください。

① 次の人は、このワクチンの接種を受けることはできません。

- ・ 明らかに発熱（通常37.5℃以上）している人
- ・ 重篤な急性疾患にかかっている人
- ・ 過去にこのワクチンに含まれている成分で重度または全身性の過敏症を起こしたことがある人
- ・ 上記以外に医師が予防接種を行うことが不適当な状態にあると判断した人

② 次の人は、医師が健康状態や体質に基づいて、接種の適否を判断します。

- ・ 心臓や血管、腎臓、肝臓、血液の障害や発育の障害などの基礎疾患がある人
- ・ 他のワクチンの接種を受けて、2日以内に発熱があった人や全身性の発疹などアレルギーが疑われる症状が出たことがある人
- ・ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ・ 過去に免疫に異常があると診断されたことがある人や両親やきょうだいに先天性免疫不全症の人がいる人
- ・ 免疫抑制療法を受けている人など、免疫能が低下している人
- ・ このワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれがある人
- ・ 血小板減少症あるいは出血障害がある人
- ・ 腎臓に障害がある人
- ・ 肝臓に障害がある人
- ・ 妊婦または妊娠している可能性のある人
- ・ 授乳中の人
- ・ 2歳未満の小児
- ・ 高齢の人

接種予定日	月	日 ()	医療機関名	
	時	分頃		

「精製Vi多糖体腸チフスワクチン接種申込書・予診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。もし、普段と変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

精製Vi多糖体腸チフスワクチン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」により治療費などの給付が受けら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などをご覧ください。

2. 接種後の注意事項

接種直後または接種後に以下に示す血管迷走神経反射*として失神、あるいはアナフィラキシーが起こることがあるので、接種後30分は特に注意してください。

① 接種直後または接種後に、血管迷走神経反射*として失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるために、次のことを守りましょう。

- 接種後30分程度は、体調に変化がないか様子を見るため、接種施設内で背もたれや肘かけのあるイスなど体重を預けられるような場所に座るなどして待っていきましょう。
- 接種後に診察室から待合室などへ移動するときに、頭痛や吐き気、冷や汗、めまい、視界不良などがある場合には看護師や保護者の方に腕をもって付き添ってもらいましょう。
- 待っている間はなるべく立ち上がることを避け、座っていきましょう。

*血管迷走神経反射：注射を打ったときの痛み、恐怖、興奮などによる刺激が脳神経のひとつである迷走神経を介して中枢に伝わり、心拍数が減ったり、血圧がさがったりすることです。そのため、気分が悪くなったり、めまいやふらつき、失神などが起こったりします。

② 接種後に、アナフィラキシー（皮膚のかゆみ、蕁麻疹、息苦しさ、動悸、意識の低下など）が起こることがあります。アナフィラキシーは通常接種後30分以内に起こることが多いので、この間、接種施設内で待機するか、すぐに医師と連絡をとれるようにしておきましょう。

③ 接種後は、健康状態によく気を付けましょう。接種部位の異常な反応や体調の変化、高熱、けいれんなどの異常を感じた場合は、すぐに医師の診察を受けてください。

④ 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ちましょう。

⑤ 他の医師を受診したり、他のワクチンを接種したりする場合は、必ずこのワクチンを接種したことを医師、薬剤師または看護師に伝えてください。

3. 出現する可能性のある主な副反応

タイフム ブイアイ[®]注シリンジの接種後には、他のワクチン接種と同様の副反応がみられます。最も多くみられるのは接種部位の痛み、筋肉痛、倦怠感、頭痛などです。接種直後に注意が必要な副反応として、ショック、アナフィラキシー*、血管迷走神経反射*として失神があらわれることがあります。

*主な自覚症状については下記をご参照ください。

ワクチン接種後に以下の症状がみられたら、医療機関を受診しましょう。

● ショック、アナフィラキシー

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 冷や汗 | ☐ 意識の低下 | ☐ 息切れ |
| ☐ めまい | ☐ 考えがまとまらない | ☐ 動悸 |
| ☐ 血の気が引く | ☐ ほてり | ☐ 蕁麻疹 |
| ☐ からだがだるい | ☐ 眼と口唇のまわりの腫れ | ☐ 判断力の低下 |
| ☐ ふらつき | ☐ しゃがれ声 | |
| ☐ 意識がうすれる | ☐ 息苦しい | |

● 血管迷走神経反射

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 気分が悪い | ☐ めまい | ☐ ふらつき | ☐ 失神 |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

4. 接種に関する相談先

腸チフスの症状、ワクチンの使用方法、副反応などについて質問がある場合は、医師または看護師におたずねください。下記コールセンターでも相談を受け付けています

サノフィワクチンコールセンター（製品・接種等に関する相談）

フリーダイヤル **0120-870-891**

受付時間 9:00～17:00（日本国内のみ、土日祝日・弊社休業日を除く）

【お願い】

接種後に気になる症状を認めた場合は、既に軽快している場合や医療機関を受診した後であっても、上記サノフィワクチンコールセンターまでご報告ください。皆様からの報告は、より安心してワクチンを使用するための情報として有効に利用されます。

精製Vi多糖体腸チフスワクチン 接種申込書・予診票

任意接種用

※接種希望の人は、**太枠内**にご記入ください。

			接種前の体温	度	分
住 所	〒 -		電 話 番 号	() -	
フリガナ		男・女	生 年 月 日	西 暦	年 月 日 生 (満 歳)
氏 名					

質問事項	回答欄	
これまでに腸チフスワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい (時期:)	いいえ
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
今日、からだに具合の悪いところがありますか。	はい (症状:)	いいえ
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか。	はい (病名:)	いいえ
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい (病名:)	いいえ
他のワクチンの接種後2日以内に発熱やアレルギー反応が生じたことはありますか。	はい	いいえ
けいれんを起こしたことはありますか。	はい (歳頃)	いいえ
両親やきょうだいに先天性免疫不全症の人はいますか。	はい	いいえ
免疫能が落ちていたり、免疫抑制療法を受けていたりしますか。	はい	いいえ
アレルギーはお持ちですか。	はい (詳細:)	いいえ
血小板減少症や出血障害をお持ちですか。	はい	いいえ
腎臓や肝臓に障害をお持ちですか。	はい	いいえ
(女性の方へ) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。現在授乳中ですか。	はい	いいえ
2歳未満または高齢者 (65歳以上) ですか。	はい	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。 本人 (または代理人) に対して、予防接種の効果、副反応及び「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済等について説明しました。 医師署名または記入押印 []

本人 (代理人) 記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応及び「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。(はい ・ いいえ) ※被接種者が自署できない場合は代理人が署名し、被接種者との続柄を記入してください。 本人または代理人の署名 _____ 代理人の場合：続柄 _____

使用ワクチン名	接種部位・用法及び用量	実施場所・医師名・接種日時
精製Vi多糖体腸チフスワクチン タイフム ブイアイ®注シリンジ サノフィ株式会社 製造番号:	☐ 筋肉内注射 ☐ 皮下注射 接種部位: 腕 (左 ・ 右) 大腿 (左 ・ 右) 0.5mL	実施場所: 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ワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

精製Vi多糖体腸チフスワクチン 接種申込書・予診票

任意接種用

※接種希望の人は、**太枠内**にご記入ください。

			接種前の体温	度	分
住 所	〒 -		電 話 番 号	() -	
フリガナ		男・女	生 年 月 日	西 暦	年 月 日 生 (満 歳)
氏 名					

質問事項	回答欄	
これまでに腸チフスワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい (時期:)	いいえ
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
今日、からだに具合の悪いところがありますか。	はい (症状:)	いいえ
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか。	はい (病名:)	いいえ
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい (病名:)	いいえ
他のワクチンの接種後2日以内に発熱やアレルギー反応が生じたことはありますか。	はい	いいえ
けいれんを起こしたことはありますか。	はい (歳頃)	いいえ
両親やきょうだいに先天性免疫不全症の人はいますか。	はい	いいえ
免疫能が落ちていたり、免疫抑制療法を受けていたりしますか。	はい	いいえ
アレルギーはお持ちですか。	はい (詳細:)	いいえ
血小板減少症や出血障害をお持ちですか。	はい	いいえ
腎臓や肝臓に障害をお持ちですか。	はい	いいえ
(女性の方へ) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。現在授乳中ですか。	はい	いいえ
2歳未満または高齢者 (65歳以上) ですか。	はい	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。 本人 (または代理人) に対して、予防接種の効果、副反応及び「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済等について説明しました。 医師署名または記入押印 []

本人 (代理人) 記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応及び「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。(はい ・ いいえ) ※被接種者が自署できない場合は代理人が署名し、被接種者との続柄を記入してください。 本人または代理人の署名 _____ 代理人の場合：続柄 _____

使用ワクチン名	接種部位・用法及び用量	実施場所・医師名・接種日時
精製Vi多糖体腸チフスワクチン タイフム ブイアイ®注シリンジ サノフィ株式会社 製造番号:	☐ 筋肉内注射 ☐ 皮下注射 接種部位: 腕 (左 ・ 右) 大腿 (左 ・ 右) 0.5mL	実施場所: 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ワクチン接種に関する予診にのみ使用します。