

1. 予防接種

米国の小児予防接種には、日本の小児予防接種には含まれていなかったり、接種回数が異なっている項目が多々あります。過去に実施した予防接種又は罹患歴が証明できない場合や、米国以外で行われた予防接種は認めないという極端な例もあり、全てが再接種されることも往々にして起こっています。風疹等に関しては医師の罹患証明書でも無効であり、血液中の抗体価の記載が要求されることもあります。これを防ぐには、母子手帳や予防接種記録(医師が作成した予防接種及び罹患証明書及び血中抗体価検査結果)等の証明書を作成しておく必要があります。

*赴任者に特に必要な予防接種はありませんが、学校入学に際しては注意が必要です。

米国予防接種情報を参照ください: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm>

*アメリカ小児一般 (0-6 歳) に奨励されている予防接種スケジュール

Figure 1: recommended immunization schedule for persons aged 0 through 6 years -United States, 2012

Vaccine 予防接種項目 / Age 年齢	Birth (誕生)	1 ヶ月	2 ヶ月	4 ヶ月	6 ヶ月	9 ヶ月	1 ヶ月	15 ヶ月	18 ヶ月	19-23 ヶ月	2-3 才	4-6 才
Hepatitis B (B 型肝炎)	Hep B	Hep B			Hep B							
Rotavirus (ロタウイルス)			RV	RV	RV							
Diphtheria, tetanus, Pertussis (ジフテリア・破傷風・百日咳)			DTaP	DTaP	DTaP			DTaP				DTaP
Haemophilus influenza type b (インフルエンザ桿菌b型)			Hib	Hib	Hib		Hib					
Pneumococcal (肺炎球菌)			PCV	PCV	PCV		PCV				PPSV	
Inactivated poliovirus (ポリオ)			IPV	IPV	IPV							IPV
Influenza (インフルエンザ 2010 年以降)					Influenza(Yearly)							
Measles, Mumps, Rubella (はしか・風疹・おたふく風邪)							MMR					MMR
Varicella (水疱瘡)							Varicella					Varicella
Hepatitis A (A 型肝炎)							Dose1				Hep A Series	
Meningococcal (髄膜炎)						MCV4						

*詳細は、米国予防接種情報: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm>

Range of recommended ages for all children

すべての子供達のために推奨される年齢の範囲

Range of recommended ages for certain hi-risk groups

特定のハイリスクグループに対する推奨年齢の範囲

Range of recommended ages for all children and certain high risk groups

全ての子どもと特定のハイリスクグループに対する推奨年齢の範囲

*アメリカ小児一般（7-18 歳）に奨励されている予防接種スケジュール

Figure 2: recommended immunization schedule for persons aged 7 through 18years -United States, 2012

Vaccine 予防接種項目/Age 年齢	7-10 才	11-12 才	13-18 才
Tetanus, diphtheria, pertussis (ジフテリア・破傷風・百日咳)	1 dose (if indicated)	1 dose	1 dose (if indicated)
Human papillomavirus (ヒトパピロマウイルス)	詳細CDC	3 dose	Complete 3-dose series
Meningococcal (髄膜炎)	詳細CDC	Dose 1	Booster at 16 years old
Influenza (インフルエンザ 2010 年以降)	Influenza(yearly)		
Pneumococcal (肺炎球菌)	詳細CDC		
Hepatitis A (A 型肝炎)	Complete 2-dose series		
Hepatitis B (B 型肝炎)	Complete 3-dose series		
Inactivated poliovirus (ポリオ)	Complete 3-dose series		
Measles, Mumps, Rubella (はしか・風疹・おたふく風邪)	Complete 2-dose series		
Varicella (水疱瘡)	Complete 2-dose series		

* 詳細は、米国予防接種情報 : <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm>

Range of recommended ages for all children

すべての子供達のために推奨される年齢の範囲

Range of recommended ages for certain hi-risk groups

特定のハイリスクグループに対する推奨年齢の範囲

Range of recommended age for catch up immunization

予防接種のキャッチアップのための推奨年齢の範囲

- ・ポリオの予防接種に関しては CDC では 4 回目の接種を奨励していますが、NY 州の学校の入学に際しては 3 回の接種で問題はありません。
- ・インフルエンザの予防接種： 6 ヶ月児からそれ以上の年齢で毎年、乳児の近親者も毎年（初回は 9 歳以下は回接種する）
- ・水痘 (Varicella) : 初回は 1 才～1 才半、4 才～6 才までの間に 2 回目を奨励している。
- ・A 型肝炎：1 才以降 2 才までに 2 回（半年あける）
- ・髄膜炎菌：ハイリスク者は 2 才以降 10 才までに接種する。
- ・ヒトパピローマウイルス：初回は 11 才～12 才 1 回目の 2 カ月後と 1 回目の 6 カ月後に接種。

* 予防接種スケジュールを接種回数で見た場合は下記のようになります。

予防接種／回数	初回	2回目	3回目	4回目	5回目
B型肝炎 HepB	出生時	1ヶ月～2ヶ月	6ヶ月～2才		
ロタウイルス RV	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月		
ジフテリア 破傷風 百日咳 DTaP	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	15ヶ月～18ヶ月	4才～6才 *11才で6回目、 その後10年毎に Tdを接種
Hib ワクチン Haemophilus Influenzae Type b (髄膜炎の予防)	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	1才～1才半	
肺炎球菌 PCV	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	1才～1才半	
ポリオ (IVP) (非経口)	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月～18ヶ月	4才～6才 (ハイリスク)	
インフルエンザ Influenza	初回は2回接種。6ヶ月以降6才まで毎年、乳児の近親者も毎年。ハイリスク児の親は6才以上でも毎年。				
はしか おたふく風邪 風疹 MMR	1才～1才半	4才～6才			
水痘 (Varicella)	1才～1才半	4才～6才までの間に2回を奨励している。			
A型肝炎 HepA	1才以降2才までに2回(半年あける)				
髄膜炎 Meningococcal vaccination	2回の接種を11才から16才から18才までに奨励している。 ハイリスク者は2才以降10才までに Two doses of MCV4 are recommended for adolescents 11 through 18 years of age; the first dose at 11 or 12 years of age, with a booster dose at age 16.				
ヒトパピローマウイルス (HPV)	11才～12才	1回目の2ヶ月後	1回目の6ヶ月後		

*日本の予防接種スケジュールはこちらのサイトをご覧ください。

国立感染症研究所/ 感染症情報センター (IDSC/ Infectious Disease Surveillance center)

<http://idsc.nih.go.jp/vaccine/vaccine-j.html>

Date: / /

HEALTH CERTIFICATE

To Whom It May Concern:

Name:

Date of Birth:

Sex:

Nationality:

Address:

This is to certify that the above person has NO Tuberculosis because of the following examinations' results;

Chest X-ray:

Date: / /

QantiFERON-TB test (QRT):

Date: / /

Physician's Name:

Signature:

Physician's address, phone and fax :