

三種混合ワクチン(DPT)予防接種予診票

任意接種用

(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

| | | | | |
|----------|-------------------------|---------|----|------------|
| 接種回数 | 初回免疫(1・2・3回目)・追加免疫(回目) | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住 所 | | TEL () | — | |
| フリガナ | | 男 | 生年 | 昭和 年 月 日生 |
| 受ける人の氏名 | | 女 | 月日 | 平成 (歳 九月) |
| (保護者の氏名) | | | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|-----------------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種についての説明文を読み、理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 今までに四種混合(DPT-IPV)ワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン)の予防接種を受けたことがありますか。 | ある (歳頃 回接種) | ない | |
| 今までに三種混合(DPT)ワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)の予防接種を受けたことがありますか。 | ある (歳頃 回接種) | ない | |
| 今までに二種混合(DT)トキソイド(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか。 | ある (歳頃 回接種) | ない | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いて下さい。() | ある | ない | |
| 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名() | はい | いいえ | |
| 1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名() | はい | いいえ | |
| 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() | はい | 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はありますか。 予防接種の種() | ある | ない | |
| 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名() | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | はい | いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか。 | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。 | 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人はいますか。 | はい | いいえ | |
| (女性の方に)現在妊娠していますか。 | 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 | いいえ | |

医師の記入欄: 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師の署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に
基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません) 本人の署名(もしくは保護者の署名)

| | | |
|---------------|--------------|------------------|
| 使用ワクチン名 | 用法・用量、接種部位 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名 : トリビック | 皮下接種 0.5 mL | 実施場所 : 太陽クリニック |
| Lot. No. : | 接種部位 左・右 () | 医師名 : 館岡昇 |
| | | 接種年月日 : 令和 年 月 日 |

お受けになる前に、必ずお読みください。

三種混合ワクチン(DPT)の予防接種を受けられる方へ

三種混合ワクチン(DPT)接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。接種を受ける方がお子さまの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入し、母子手帳も必ずお持ちください。

ワクチンの効果と副反応

ワクチンの接種により、百日せき、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結(しこり)、腫脹(はれ)、そう痒感(かゆみ)、疼痛、熱感など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、発しん、下痢、鼻漏(はなみず)、頭痛などがあらわれることがあります。硬結は1か月以上残ることがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応があらわれることがあります。非常にまれですが、重大な副反応として(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)、(2)血小板減少性紫斑病(接種後数日から3週間ごろにあらわれる紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など)、(3)脳症(発熱、四肢麻痺、けいれん、意識障害など)、(4)けいれん(接種直後から数日ごろまで)があらわれることがあります。なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

予防接種を受けることができない方

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃以上の方)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 過去に三種混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

予防接種を受ける際に医師とよく相談していただく方

1. 発育が遅く、医師や保育士の指導を継続して受けている方
2. 風邪などのひきはじめと思われる方
3. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患がある方
4. 過去に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
5. 今までにけいれんを起こしたことがある方
6. 過去に免疫不全と診断されたことがある方および近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
7. 三種混合ワクチンの成分に対してアレルギーを起こす可能性のある方

予防接種を受けた後の注意

1. 三種混合ワクチンを受けたあと30分間は、院内にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。急な副反応が、この間に起こることがまれにあります。
2. 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすりはやめましょう。
4. 接種当日は接種前も含め、激しい運動は避けましょう。
5. 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。