

# 二種混合(DT)トキソイドの予防接種を受けられる方へ

## 〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチンの接種により、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、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹(はれ)、疼痛、硬結(しこり)などが認められることがあります。いずれも一過性で、通常2～3日で消失します。ただし、硬結は1～2週間残存することがあります。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。通常、数日中に消失します。非常にまれですが、重大な副反応として、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)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人〉

- ① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去に二種混合トキソイドに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

## 〈予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

- ① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 二種混合トキソイドの成分に対してアレルギーを起こす可能性のある人

## 〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後 30 分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
- ③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日( )です 当日は受付に 時 分頃おこしてください	

# 二種混合 (DT) トキソイド予防接種 予診票

(ジフテリア・破傷風)

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住 所	TEL ( _____ ) _____		
フリガナ			
予防接種を受ける人の氏名	男 女	生年 月日	年 月 日生 ( _____ 歳 _____ 月)
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について、説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい
2. 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 ( _____ 歳ごろ 回接種)	はい ない
3. 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 ( _____ 歳ごろ 回接種)	はい ない
4. 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 ( _____ トキソイド)	はい ない
5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ( _____ )	ある	はい いいえ
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名 ( _____ )	はい	はい いいえ
7. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名 ( _____ )	はい	はい いいえ
8. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名 ( _____ )	はい	はい いいえ
9. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( _____ ) 接種日 ( _____ / _____ )	はい	はい いいえ
10. 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 予防接種名 ( _____ ) 具体的な症状 ( _____ )	ある	はい いいえ
11. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の診察を受けたことがありますか 病名 ( _____ )	ある	はい いいえ
(“ある”の場合) 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良いといわれましたか	はい	はい いいえ
12. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか ( _____ ) 歳頃	ある	はい いいえ
(“ある”の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたときに熱はありましたか	はい ( _____ °C)	はい いいえ
13. 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 症状 ( _____ )	ある	はい いいえ
14. 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	いる	はい いいえ
15. 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	いる	はい いいえ
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	はい いいえ
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください (投薬状況など)		

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 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医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。  
医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

<b>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。</b> ( 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	接種量	実施場所・医師名・接種日時
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド DTビック Lot No.	(皮下接種)  0.1mL	実施場所 _____ 医師名 _____ 接種日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

注) 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いたします。