

# 破傷風 予防接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

|                 |  |     |            |                                   |
|-----------------|--|-----|------------|-----------------------------------|
| 住 所             |  | 男・女 | 電話 ( ) -   |                                   |
| ふりがな<br>受ける人の氏名 |  |     | 生年<br>月 日  | 明治<br>大正 年 月 日生<br>昭和<br>平成 (満 歳) |
| ふりがな<br>保護者の氏名  |  |     | 診察前の体温 度 分 |                                   |

| 質 問 事 項  | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|--|-------|-----|-------|
| 1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか   | いいえ   | はい  |       |
| 2. 今日受ける予防接種は何回目ですか  | ( )回目 |     |       |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか<br>具合の悪い症状を書いて下さい ( )                                 | はい    | いいえ |       |
| 4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )  | はい    | いいえ |       |
| 5. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、免疫不全症、<br>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 |       |
| 6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか   | はい    | いいえ |       |
| 7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)  | はい    | いいえ |       |
| そのときに熱がでましたか   | はい    | いいえ |       |
| 8. 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 |       |
| 9. 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<br>予防接種名・症状 ( )                             | はい    | いいえ |       |
| 10. 1カ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種名 ( )   | はい    | いいえ |       |
| 11. 1カ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の<br>方がいましたか 病名 ( )                | はい    | いいえ |       |
| 12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか   | はい    | いいえ |       |
| 13. (接種を受けられる方がお子さんの場合)<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか<br>あれば具体的に書いて下さい ( )    | はい    | いいえ |       |
| 14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい                                      |       |     |       |
| 15. 医師の記入欄<br>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 )<br>医師署名又は記名押印              |       |     |       |

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 )

保護者の署名(もしくは本人の署名)

| 使用ワクチン名                     |            | 用法・用量        | 実施場所・医師名・接種日時 |           |
|-----------------------------|------------|--------------|---------------|-----------|
| 沈降破傷風トキソイド                  |            | 皮下・筋肉内<br>接種 | 実施場所          | 年 月 日 時 分 |
| メーカー名<br>Lot. No.<br>カルテNo. | 化学及血清療法研究所 |              | 医師名           |           |
|                             |            | mL           | 接種日時          |           |

# 破傷風トキソイドの接種について

破傷風の予防接種を実施するに当たって、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。  
予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

## 【破傷風について】

破傷風菌はヒトからヒトへ感染するのではなく、土の中にひそんでいて傷口からヒトへ感染します。傷口から菌が入り体の中で増えますと、菌の出す毒素のために、口が開かなくなったり、けいれんを起こしたり、死亡することもあります。患者の半数は自分や周りの人では気がつかない程度の軽い刺し傷が原因です。日本中どこでも土中に菌はいますので、感染する機会は常にあります。また、お母さんが抵抗力(免疫)を持っていれば出産時に新生児が破傷風にかかるのを防ぐことができます。

## 【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、破傷風菌が出す毒素を不活化(無毒化)し、精製した不活化ワクチンです。基礎免疫をつけるには3回の接種が必要です。通常は、乳幼児期に、予防接種法に基づく定期接種として実施されるため、既に基礎免疫を完了している場合があります。副反応は、注射部位の発赤、腫脹(はれ)、硬結(しこり)、疼痛などがあります。硬結は1~2週間残ることがあります。また、2回以上接種したことがある人は、強い反応を起こすことがあります。通常は数日で消失します。その他、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛などがあらわれることがあります。

これまでに重篤な副反応の発生は認められていませんが、このワクチンの接種によって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又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となります。

## 【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℃を超える人)
- 2, 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 3, 過去に破傷風トキソイドの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人  
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人は、医師に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適当と判断した人

## 【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- 1, 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2, 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3, カゼなどのひきはじめと思われる人
- 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異常がみられた人
- 5, 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6, 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7, 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- 8, 妊娠の可能性のある人

## 【予防接種を受けた後の注意】

- 1, 破傷風トキソイドを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関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。
- 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るようなことはやめましょう。
- 3, 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4, 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師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<br>当日は受付に<br>時 分頃<br>お越し下さい |       |