

二種混合トキソイドの接種について

二種混合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がご記入下さい。

【ジフテリア・破傷風について】

ジフテリア・・・ジフテリア菌の飛沫感染で起こります。感染は主にのどですが、鼻にも感染します。
症状は高熱、のどの痛み、犬吠様のせき、嘔吐などで、偽膜とよばれる膜ができて窒息死することがある恐ろしい病気です、発病2～3週間後には菌の出す毒素によって心筋障害や神経麻痺を起こすことがあるので、注意が必要です。

破傷風・・・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、ジフテリアトキソイド及び破傷風トキソイドを混合したトキソイド（不活化ワクチン）です。副反応は、注射部位の発赤、腫脹（はれ）、疼痛、硬結（しこり）などがあります。いずれも一過性で2～3日中に消失します。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、まれに下痢、めまい、関節痛などがあらわれることがあります。

まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）が起こる可能性があります。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合については、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救済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℃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. 過去に二種混合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、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. かぜ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日以内に発熱のみられた人及び発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事で皮膚に発疹が出たり、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

【予防接種を受けた後の注意】

1. 二種混合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。医療機関にいます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. 接種部位は清潔に保ちましょう。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下さい。

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 おこし下さい	

【参考】

任意接種における救済制度について（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づく救済）

医薬品副作用被害救済制度

予防接種法の定期接種によらない任意の接種によって健康被害（医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事・食品衛生審議会（副作用被害判定部会）での審議を経た後、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金などが支給されます。

生物由来製品感染等被害救済制度

生物由来製品感染等被害救済制度により、生物由来製品を適正に使用したにもかかわらず、その製品を介して感染等にかかり、健康被害（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合の救済も行われることになりました（平成16年4月1日以降に使用された生物由来製品によって生じた感染被害が対象）。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話：0120-149-931（フリーダイヤル）
URL：<http://www.pmda.go.jp>

二種混合(ジフテリア・破傷風) 予防接種予診票

任意接種用

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者にご記入下さい。

住 所	男・女	電話 () —	
ふりがな 受ける人の氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)
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 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 () はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
6. 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、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	
7. 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	
8. 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	
9. 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	
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・症状 ()	はい	いいえ	
11. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
12. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、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	
13. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか 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			

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)

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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法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(接種を希望します・接種を希望しません)

本人(もしくは保護者)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	
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド		皮下接種	実施場所	雪月花トータルクリニック 秋葉原
メーカー名	Lot No. カルテNo.	mL	医師名	年 月 日 時 分
			接種日時	

記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関してのみ使用致します。