

二種混合(ジフテリア・破傷風) 予防接種予診票

第2期

住 所	福岡市 区			
ふりがな 受ける人の氏名		男	生年 月 日	平成 年 月 日生
保護者の氏名	電話番号 ()	女	(満 歳 か月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
①診 察 前 の 体 温	度 分		
②今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 ・未熟児(出生体重: g)で生まれたり、分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか。(乳幼児健診も含めて)	ある	ない	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他)	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他)	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や遊び仲間に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他)	はい	いいえ	
⑦1か月以内に(BCG、ポリオ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他) 1週間以内に(四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他) の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
⑧生まれてから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たことがありますか。 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について相談しましたか。	いいえ	はい	
・その結果、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
⑨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	
・その時に熱が出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑩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。 (卵、薬、その他)	はい	いいえ	
⑪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	
⑫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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
⑬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	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

[医師記入欄] 診察所見 咽頭(異常なし□,) 胸部(異常なし□,) その他()
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師の署名又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、
 接種することに(同意します ・ 同意しません) ※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者の自署 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	(皮下接種)	医療機関名	
Lot No.	0.1mL	医 師 名	
(注)有効期限がきれていないか要確認		接種年月日	令和 年 月 日



予防接種のしおり ～接種前にお読みください～

二種混合 (ジフテリア・破傷風)

【対象年齢の人は無料】

二種混合ワクチンの受け方

体調の良い日に受けましょう！

乳幼児期に受けた三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)ワクチンの追加免疫として接種します。

接種期	対象年齢	標準的な 接種年齢	接種回数
		11歳	
2期	11歳～12歳	11歳	1回

- ① 福岡市が指定する予防接種実施医療機関(ピンクのプレート掲示)において、原則として毎週月曜日～金曜日に実施しています。※必ず、事前に医療機関へお問い合わせください。
- ② 『母子健康手帳』を持参のうえ、保護者同伴で受けてください。
※病気や接種漏れなどにより乳幼児期の基礎免疫が完了していない人は、医師に相談しましょう。

★ 予防接種を受けることができないお子さん

- ① 明らかに発熱しているお子さん(通常37.5℃以上の場合)
- ② 重い急性疾患にかかっているお子さん
- ③ 二種混合ワクチンの接種液に含まれる成分で、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応のこと)を起こしたことがあることが明らかなお子さん
- ④ ジフテリア及び破傷風のいずれかに現在かかっているお子さん
- ⑤ その他、医師が不適切な状態と判断した場合

★ 予防接種を受けた後の注意

- ① 予防接種を受けたあと30分間程度は、お子さんの様子に注意して、医師とすぐに連絡が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、接種部位をこすることはやめましょう。
- ④ 当日は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ましょう。

★ 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障がいを残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく健康被害救済の給付を受けることができます。ただし、国の審査会にて審議し、その健康被害が予防接種によるものと認定されることが必要です。

ジフテリアとは

発熱、のどの痛み、犬の吠えるような咳などの症状があり、のどに厚い膜を作り窒息死することもあります。現在では、患者発生数は年間0～1名程度ですが、ジフテリアは感染しても10%程度の人に症状が出るだけで、残りの人は症状が出ない保菌者となり、その人を通じて感染することもあります。

破傷風とは

土の中にいる破傷風菌が、傷口から人の体内に入ることによって感染します。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。患者の半数は本人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が、土中に菌がいるため、感染する機会は常にあります。

二種混合ワクチンの副反応

注射部位の発赤・腫脹(はれ)、硬結(しこり)などの局所反応が主で、7日目までに約30.4%認められます。硬結(しこり)は少しずつ小さくなりますが、数ヶ月残ることがあります。特に過敏なお子さんで肘をこえて上腕全体がはれることがまれにあります。通常高熱は出ませんが、接種後24時間以内に37.5℃以上になった子が約0.1%あります。重い副反応はなくても、機嫌が悪くなったり、はれが目立つときなどは医師に相談してください。