

三種混合ワクチンの接種について

三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をご記入下さい。

【ジフテリア・百日せき・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。

百日せき・・・百日せき菌の飛沫感染で起こります。百日せきは、普通カゼのような症状ではじまります。続いて咳がひどくなり、顔を真っ赤にして連続的にせき込むようになります。せきのあと急に息を吸い込むので、笛を吹くような音がします。熱は出ません。乳幼児はせきで呼吸ができず、唇が青くなったり、けいれんが起きることがあります。肺炎や脳症などの思い合併症を起こします。乳児では命を落とすこともあります。

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、ジフテリア菌及び破傷風菌の産生する毒素を精製無毒化したジフテリアトキソイド及び破傷風トキソイドを含む液と、百日せき菌から分離・精製した感染防御抗原を含む液にアルミニウム塩を加え、不活化した不活化ワクチンです。副反応は、注射部位の発赤、腫脹(はれ)、水疱、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。また、接種後数日してから発赤、腫脹があらわれることがあります。硬結は1カ月くらい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、不機嫌、発疹、蕁麻疹、紅斑、そう痒などがあらわれることがあります。

まれにショック・アナフィラキシー様症状、急性血小板減少性紫斑病の発生も報告されています。このような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の人
- 3, 過去に三種混合ワクチンの接種を受けて、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相当と判断した人

【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, 三種混合ワクチンを受けたあと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 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

三種混合 予防接種予診票

任意接種用

※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 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)
ふりがな 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. 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	
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、 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 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 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方 がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
12. (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	
13. 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			
14. 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		
沈降百日せきゾフテリア破傷風混合ワクチン	皮下接種 mL	実施場所		
メーカー名 Lot. No. カルテNo.		医師名		
		接種日時	年 月 日	時 分