

破傷風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〉

破傷風の予防は、破傷風トキソイドを3～8週間の間隔で2回接種後、4週間で免疫を獲得できます。その後、感染防御効果を持続するためにはさらに6～12ヵ月、あるいは1年半後に3回目のワクチン接種を行えば約4～5年間は免疫状態が続きます。

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発赤、腫脹、疼痛、硬結などがみられることがあります。通常、数日中に消失します。まれに、ショックやアナフィラキシー様症状(全身発赤、呼吸困難、血管浮腫など)がみられることがあります。

〈予防接種を受けるときの注意〉

- ①破傷風トキソイドの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
- ②受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
- ③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
- ⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

〈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過去に破傷風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適当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さんによく相談しなくてはならない人〉

- ①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
- ②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
- ③力ぜなどのひきはじめと思われる人
- ④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、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薬の投与また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
- ⑧破傷風トキソイドに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
- ⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻疹(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ⑩妊娠の可能性のある人

〈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接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③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ことはやめましょう。
- ④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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤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	

破傷風ワクチン 予防接種予診票

回数	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	診察前の体温	度 分
(ふりがな) 受ける人の氏名	()	男 ・ 女	生年月日
保護者の氏名			年 月 日 生 (歳 か月)
住所		TEL	

予防接種を受ける方の状態について、次の質問事項にお答え下さい。

質問事項	回答欄		医師 記入欄
今日はふだんと違った具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い箇所()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲で麻しん・風しん・みずぼうそう・おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか()	はい	いいえ	
1か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	
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、医師に診察を受けたことがありますか()	はい	いいえ	
これまでにけいれんを起こしたことがありますか ()歳ごろ そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
薬や食品で、具合が悪くなったことがありますか 薬品・食品名()	はい	いいえ	
ゼラチン含有製剤やゼラチン含有食品に対してショック、蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありませんか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 具体的に()	はい	いいえ	

医師記入欄: 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) 医師の署名又は記名捺印と判断します。
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PMDAの「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、重篤な副反応の可能性、PMDAの「医薬品副作用被害救済制度」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。
本人または代理人の署名
(はい ・ いいえ) 代理人の場合: 関係

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
メーカー名	筋肉内接種	実施場所	かごしまたんぽぽ小児科
Lot.No	ml	医師名	山元 公恵
製造番号		接種日時	