

三種混合・不活化ポリオワクチン任意接種予診票

			体温		度	分
住所	〒		TEL	()	-	
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	()	年	月
接種する人の氏名			月日	()	歳	日

質問事項	回答欄		医師記入欄
「予防接種の有効性や副反応について」の記載を読み理解しましたか？	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？ → 病名・具合の悪い箇所()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか？	はい	いいえ	
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？	いいえ	はい	
いままで特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気免疫不全症血液疾患、その他)にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)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りしたことがありますか？ 薬品・食品名()	ある	ない	
この予防接種を受けたことがありますか？ 1 前回受けたのは(去年・ 年 月頃)	ある	ない	
2 その際に具合が悪くなったことはありますか？	ある	ない	
3 ほかの予防接種の際に具合が悪くなりましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
4 週間以内に何かの予防接種を受けましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？	ある	ない	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	いる	いない	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか？	いる	いない	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの感染症の方がいましたか？	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
(お子さんが接種される場合に) お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか？	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか？	はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありましたか？	はい	いいえ	
今日のワクチン接種について他に質問はありますか？	ある	ない	

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。

(接種を希望する ・ 接種を希望しません)

本人(未成年者は保護者の)署名 _____

医師記入欄

以上診療及び診療の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)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・副反応及び医薬医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師署名又は記名捺印 (医) 路傍の森 市森クリニック

市森裕章 ・ 宮原由起

使用ワクチン名	接種部位	接種場所・医師名・接種日時
Lot No:		医療機関名: 市森クリニック 医師名: 市森 裕章 接種日時:

三種混合(DPT)・不活化ポリオワクチンの予防接種をご希望の方へ

ワクチンの効果と副反応

<三種混合(DPT)>

ワクチンの接種により、百日咳、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結（しこり）、腫脹（はれ）、そう痒感（かゆみ）、疼痛、熱感など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、発疹、下痢、鼻漏、頭痛などがあらわれることがあります。硬結は1か月以上残ることがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応があらわれることがあります。非常にまれですが、重大な副反応として(1)ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、(2)血小板減少性紫斑病（接種後数日から3週間頃にあらわれる紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、(3)脳症（発熱、四肢麻痺、けいれん、意識障害など）、(4)けいれん（接種直後から数日頃まで）があらわれることがあります。なお、副反応による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また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。

<不活化ポリオ>

ポリオ（急性肺白髄炎）は、ポリオウイルスによる急性ウイルス感染症であり、急性弛緩性麻痺を呈します。基本的にポリオに対する治療薬は存在しないことから、ワクチンによるポリオ発症予防および流行阻止が重要です。

副反応としては、接種後に他のワクチン接種でも見られるのと同様の副反応がみられますが、通常は一時的なものでも数日で消失します。最も多くみられるのは摂取部位の発赤（赤み）や腫脹（はれ）です。また発熱が接種された人の数%におこります。重い副反応として、(1)ショック・アナフィラキシー、(2)けいれんが報告されています。

予防接種を受けることができない方

- 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) 過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）をおこしたことがある方
- 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

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- 1) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患のある人
- 2) 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
- 3) 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 4) 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
- 5) このワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方
- 6) 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- 7) カゼなどのひきはじめと思われる人

予防接種を受けたあとの注意

- 1) 摂取後30分間は、ショックやアナフィラキシーが起こることがありますので、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2) 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後1週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや機嫌が悪くなった時などは医師にご相談ください。
- 4) 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- 5) 接種当日は激しい運動はさけてください。そのほかはいつも通りの生活で結構です。