

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相当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さん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、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カゼ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しん（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	

破傷風トキソイド予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

		診察前の体温	度		分
住 所	TEL () -				
フリガナ					
予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年 月日	年	月	日生
(保護者の氏名)			(歳	カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今までにDPTワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)、DTトキソイド(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)、いずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある (ワクチン)	ない	
3. 今までに破傷風トキソイドを接種したことがありますか	ある (ごろ 回接種)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 今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	ある(具体的に)	ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない	
(“ある”の場合)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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある (ごろ 回くらい) 最後は 年 月 日	ない	
(“ある”の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(°C)	いいえ	
12. 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	ある(薬、食品名)	ない	
13. 近親者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(予防接種名)	いない	
14. 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	いる	いない	
15. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)

保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した 医師の署名

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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックをいれてください。 沈降破傷風トキソイド <input type="checkbox"/> 破トキ「ビケンF」 <input type="checkbox"/> 沈降破傷風トキソイド「生研」 Lot No.	(皮下・筋肉内接種) mL	実施場所 医師名 接種日時 年 月 日 時 分