

この予防接種は、11歳以上13歳未満で受けることになっています。定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合、予防接種法に基づかない接種(任意接種)として取り扱われ、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、法に基づく救済を受けられません。

1 2種混合ワクチンについて

2種混合ワクチンとは、次の2つの病気を予防することができるワクチンです。感染すると重篤な症状が出ることもあるので、ワクチンを接種して予防しましょう。

(1) ジフテリア(Diphtheria)

ジフテリアは、ジフテリア菌がのどや鼻などに感染して炎症を起こす病気です。主な症状は、発熱、のどの痛み、嘔吐、せきなどです。のどの炎症が強くなると、窒息して死亡することもあります。また、ジフテリア菌の出す毒素によって、症状が出はじめてから2~3週間後に神経の麻痺がおこることや、心臓の筋肉に炎症が起こり突然死亡することもあります。予防接種の効果により、現在の日本ではほとんどジフテリア患者が発生していません。しかし、1990年代には、ロシアで約16万人が感染・発症し、約5,000人が死亡しました。海外からジフテリア菌が持ち込まれると、再び日本でも流行する可能性があります。

(2) 破傷風(Tetanus)

破傷風は、土の中などにいる破傷風菌が、傷口から人の体の中に入り感染します。体内で菌が増え毒素を出すと、3~21日の潜伏期の後に発症し、最初は顔の筋肉が動かしにくい、口が開きにくいなどの症状が現れます。その後、歩きにくい、食べ物が飲み込みにくいなどの症状が現れ、全身性のけいれんが起きることもあります。重篤な場合は、呼吸ができなくなり死亡することもあります。人から人への感染はありませんが、土の中に菌が広く存在しているため、屋外でのけがなどにより、誰にでも感染する可能性があります。また、子供が将来、母親になるときに、破傷風への抵抗力(免疫)をもっていれば、出産時に新生児が破傷風にかかること(新生児破傷風)を防ぐことができます。

2 ジフテリア・破傷風(DT)2種混合ワクチン2期の接種方法について

下表のとおり、DPT 3種混合ワクチン、DPT-IPV 4種混合ワクチン又はDPT-IPV-Hib 5種混合ワクチン※1 1期初回接種(3回)と1期追加接種(1回)の後、2期として11歳以上13歳未満(11歳の誕生日の前日から13歳の誕生日の前日まで)で、ジフテリア・破傷風(DT)2種混合ワクチンを1回接種します。

予防接種名		法律等で定められている期間 (無料で接種を受けられる期間)	標準的な接種時期 (望ましい時期)	接種回数
※1 ジフテリア、百日せき 破傷風、ポリオ、ヒブ DPT-IPV-Hib 5種混合 又は ジフテリア、百日せき 破傷風、ポリオ DPT-IPV 4種混合 又は ジフテリア、百日せき 破傷風 DPT 3種混合	1期初回	生後2か月から 90か月に至るまで	生後2か月~12か月	3回
	1期追加	生後2か月から90か月に至るまで (1期初回(3回)終了後、6か月以上の間隔をおく)	① 5種混合ワクチン →初回(3回接種)終了後、 6か月~18か月後 ② 4種混合ワクチン及び 3種混合ワクチン →初回(3回接種)終了後、 1年~1年半後	1回
	2期	11歳以上13歳未満 (11歳の誕生日の前日から 13歳の誕生日の前日まで)	11歳	1回

今回の接種は、2期のジフテリア・破傷風(DT)2種混合ワクチンです。

※1 1期で使用するワクチンの内、DPT-IPV-Hib 5種混合ワクチンは、令和6年4月1日から導入されました。このため、現在11歳以上13歳未満の方は、DPT-IPV-Hib 5種混合ワクチン以外のワクチンによる定期の予防接種を受けています。

※2 2期で使用するワクチンは、DT2種混合ワクチンのみです。

3 ジフテリア・破傷風(DT)2種混合ワクチンの副反応

- ▶ 重大な副反応：まれにショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)が現れることがあります。
- ▶ その他の副反応
 - ・全身症状：接種後、発熱、寒気、頭痛、だるさ、まれに下痢、めまい、関節痛等が起こることがありますが、通常、いずれも一過性で2〜3日中に消失します。
 - ・局所反応：局所の発赤、腫れ、痛み、しこり等ができることがあります。通常、いずれも一過性で2〜3日中に消失します。ただし、局所のしこりは1〜2週間残ることもあります。ときに著しい局所反応が起こることがありますが、通常、数日中に消失します。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ 受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
「アナフィラキシー」とは、通常接種後約 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。
発汗、急に顔が腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい全身反応のことです。
- ④ 明らかに免疫機能に異常がある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5 予防接種による健康被害救済制度について

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、生活に支障がでるような障害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補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

DT2 種混合ワクチン 2 期は、11 歳以上 13 歳未満(11 歳の誕生日の前日から 13 歳の誕生日の前日まで)で予防接種を受けることとなっていますが、その期間を過ぎて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種(任意接種)として取り扱われます。その場合、予防接種にかかる費用は、全額自己負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、独立行政法医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一(医療費・医療手当・葬祭料については同程度)となっています。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください。

6 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 28 日は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日は、いつもどおりの生活で構いませんが、激しい運動は避けましょう。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありません。
- (4) 接種後、注射部位のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、医師の診断を受け、その場合には、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課までお知らせください。

【問合せ先】

中保健センター	504-2528	東保健センター	568-7729	南保健センター	250-4108
西保健センター	294-6235	安佐南保健センター	831-4942	安佐北保健センター	819-0586
安芸保健センター	821-2809	佐伯保健センター	943-9731	健康福祉局健康推進課	504-2882

事前に住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

予診年月日	令和 年 月 日
診察前の体温	度 分

住 所	広島市 区 丁目 番 号
電話: () - ()	
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女 生年 月 日 平成 年 月 日 (満 歳 か月)
	保護者の氏名

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか	はい いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	はい いいえ	
あなたの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 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	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か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、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	
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	
そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	
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	
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	
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 ()	ある ない	
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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン※の注射を受けましたか	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

※ ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

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) と判断します。
	・接種を見合わせる理由 ()
	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、重篤な副反応の可能性、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) ※かつこの中のどちらかを○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。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	皮下接種 0.1 mL	所 在 地
Lot No.	接種部位	医療機関名
(注)有効期限が切れていないか要確認	右腕・左腕・右足・左足・その他()	医 師 名
		接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。
請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。