

## 不活化ポリオワクチン予防接種説明書

(※予防接種の重要な情報です。裏面にも注意事項がありますので必ずお読みください)

この予防接種は、生後3か月から90か月に至るまでに受けることになっており、定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合は、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ることができません。

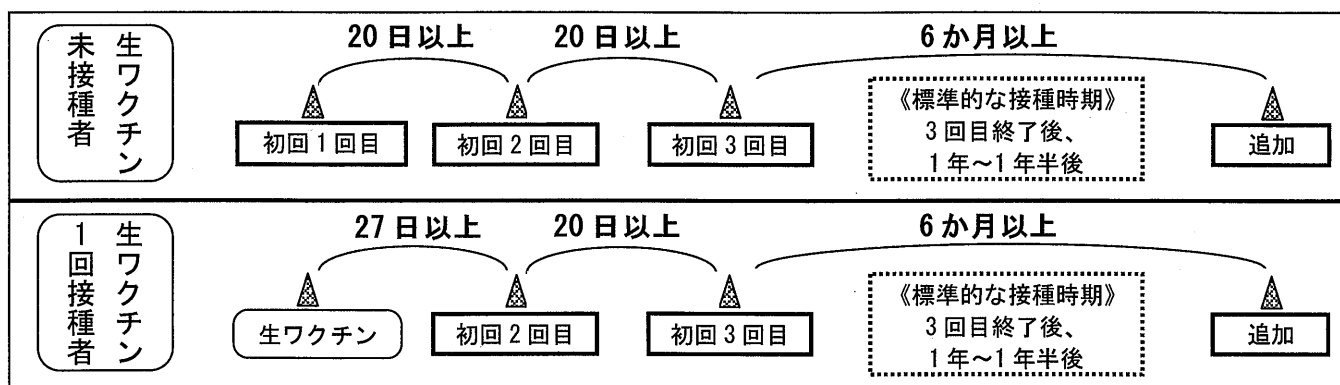
## 1 ポリオとは

「小児マヒ」と呼ばれ、日本でも50年前までは流行を繰り返していましたが、予防接種の効果で現在は国内での自然感染は報告されていません。

ポリオウイルスは人から人へ感染し、感染すると100人中5～10人は、風邪のような症状が出て、発熱し、続いて頭痛、嘔吐（おうと）の症状が現れ、麻痺が出現します。一部の人は、麻痺が生涯残ります。呼吸困難で死亡することもあります。麻痺の発生率は、1000～2000人に1人です。

現在でもアフリカ・中近東・アジアの一部ではポリオウイルスが常在している国や、患者の発生している国があることから、渡航者などにより伝播し、日本に入ってくる可能性もあります。予防にはワクチンを接種して免疫をつけておきましょう。

## 2 不活化ポリオワクチンの接種方法について



|    | 法律等で定められている期間<br>(無料で接種を受けられる期間)     | 法律等で定められている接種回数・間隔<br>(無料で受けることができる接種方法) |             | 標準的な接種時期<br>(望ましい時期)  |
|----|--------------------------------------|------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 初回 | 生後3か月～90か月に至るまで<br>(満90か月齢になる日の前日まで) | 生ワクチン未接種者                                | 生ワクチン1回接種者  | 生後3か月～12か月            |
|    |                                      | 20日以上の間隔で3回                              | 20日以上の間隔で2回 |                       |
| 追加 |                                      | 初回終了後、6か月以上の間隔で1回                        |             | 初回接種(3回)終了後、1年～1年半の期間 |

※ 生ワクチンを既に2回接種している人は、不活化ワクチンを接種する必要はありません。

※ 他のワクチン製剤との接種間隔については、生ワクチンの接種を受けた人は27日以上、また他の不活化ワクチンの接種を受けた人は6日以上の間隔を置く必要があります。

※ 医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができます。

## 3 不活化ポリオワクチンの副反応

## 【重大な副反応】

ショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）や、けいれんが現れることがあります。

## 【その他の副反応】

- ・頻度 20%以上：注射部位の赤み・腫れ、易刺激性、眠気
- ・頻度 10～20%未満：異常号泣、嘔吐、食欲不振、発熱
- ・頻度 1～10%未満：注射部位の痛み・発疹、下痢
- ・頻度 不明：過敏症反応、じんましん、注射部位のしこり、感情の高ぶり、頭痛、しびれ、リンパ節症、関節痛、筋肉痛

#### 【注意事項】

- ・ このワクチンは、ウシ成分（米国産、カナダ産及びオーストラリア産のウシ血清）を製造工程に使用していますが、接種による伝達性海綿状脳症（TSE）伝播のリスクについては、リスクの高い部位の使用が制限されていること、製造過程でアルカリ処理、精製等のBSEの病原体の除去・不活化に効果のある様々な化学処理等が施されていること等から、極めて小さいと考えられます。
- ・ ポリペプチド系及びアミノグリコシド系の抗生物質に対し、アレルギーの既往がある人は注意して接種してください。

#### 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」というのは、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 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。

不活化ポリオワクチンによるポリオの予防接種は、生後 3 か月から 90 か月に至るまでに受けることになっていますが、定められた接種間隔を守れなかった場合やその期間を過ぎて接種を希望する場合は、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、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、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（厚生部健康長寿課）または広島市健康福祉局保健医療課へご相談ください。

#### 健康推進課

#### 6 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 7 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（厚生部健康長寿課）または広島市健康福祉局保健医療課までお知らせください。

健康推進課

#### 【お問い合わせ先】

|          |          |           |          |            |          |
|----------|----------|-----------|----------|------------|----------|
| 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 | 821-2808 | 佐伯保健センター  | 943-9731 | 健康福祉局保健医療課 | 504-2622 |

健康推進課

## 不活化ポリオワクチン予防接種予診票

広島市

ポリオ（1期初回：1回目・2回目・3回目、追加）

↑今回の接種回数に○をしてください。

事前に住所、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。

|         |                                                  |        |          |          |
|---------|--------------------------------------------------|--------|----------|----------|
| 接種歴     | ・生ポリオワクチン接種歴（0回・1回・2回）                           | 診察前の体温 | 度        | 分        |
|         | ・不活化ポリオワクチン接種歴（なし・1回目 年 月 日、2回目 年 月 日、3回目 年 月 日） | 予診年月日  | 令和 年 月 日 |          |
| 住所      | 広島市 区 丁目 番 号                                     | 電話：（ ） |          |          |
| 受ける人の氏名 |                                                  | 男・女    | 生年 月 日   | 平成 年 月 日 |
| 保護者の氏名  |                                                  |        | （満 歳 か月） |          |

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<br>出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>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<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>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<br>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                |
| 生まれてから今までに家族など身の回りに結核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<br>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<br>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                |
| 医師記入欄<br>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。<br>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。<br>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・接種年月日               |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>(注)有効期限が切れていないか要確認 | 皮下接種<br>0.5 mL<br>接種部位<br>右腕・左腕・右足・<br>左足・その他( ) | 所在地<br>医療機関名<br>医師名<br>接種年月日 令和 年 月 日 |

(注) 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カ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出ないことがあります。

