

## ジフテリア・百日せき・破傷風（DPT）3種混合予防接種説明書

（※予防接種に欠かせない情報です。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 $\frac{2}{3}$ 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 ジフテリア・百日せき・破傷風とは

### (1) ジフテリア（Diphtheria）とは

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起きることや、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5000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) 百日せき（Pertussis）とは

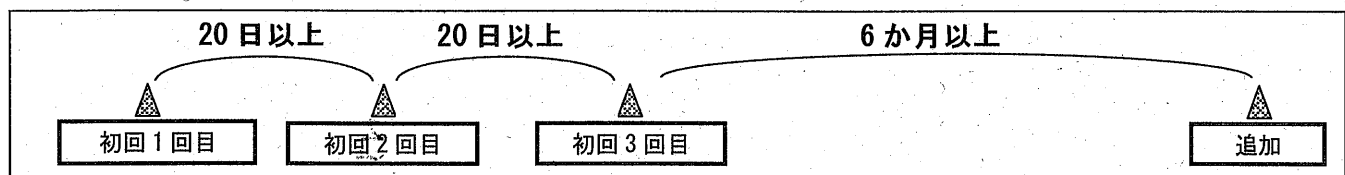
カゼのような症状で始まり、顔をまっ赤にして連続的にせき込むようになり、せきのあと、笛を吹くような音が出ます。熱は出ません。乳幼児はチアノーゼ（体が紫色になる。）やけいれんが起きることがあり、肺炎や脳症などの重い合併症を起こし、乳児では命を落とすこともあります。

1970年代後半に予防接種を受ける人が減った際、患者が多数出て、113名の死者を出しました。このようなことを繰り返さないためにも是非予防接種を受けましょう。

### (3) 破傷風（Tetanus）とは

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あらわれます。その後、歩きにくい、食べ物を飲みこ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、土の中に菌がいるため、園芸などの土に触れる作業や交通事故などにより、誰にでも感染する可能性があります。また、お母さんが破傷風への抵抗力（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・百日せき・破傷風（DPT）3種混合ワクチンの接種方法について



| 予防接種名                                  |      | 法律等で定められている接種方法             | 法律等で定められている期間                                       | 標準的な接種時期<br>(望ましい時期)          |
|----------------------------------------|------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|
| ※1<br>ジフテリア<br>百日せき<br>破傷風<br>DPT 3種混合 | 1期初回 | 20日以上の間隔をおいて3回              | 生後 $\frac{2}{3}$ か月から90か月に至るまで<br>(満90か月齢になる日の前日まで) | 生後 $\frac{2}{3}$ か月～12か月に至るまで |
|                                        | 1期追加 | 1期初回(3回)終了後、6か月以上の間隔をおいて1回  |                                                     | 初回(3回接種)終了後、1年～1年半後           |
| ※2<br>ジフテリア<br>破傷風<br>DT 2種混合          | 2期   | 11～13歳未満<br>(13歳の誕生日の前々日まで) | 1回                                                  | 11歳                           |

※1 通常1期には、DPT3種混合ワクチンを接種しますが、百日せきにかかったことがはっきりしている人は、DPT3種混合ワクチンまたはDT2種混合ワクチンのどちらかを受けます。1期接種にDT2種混合ワクチンを使用する場合は、初回接種として2回(20日以上の間隔をおいて)、追加接種は、初回接種(2回終了)後、6か月以上の間隔をおいて1回行います。

なお、百日せき・ジフテリア・破傷風のいずれかにかかった方もDPT3種混合ワクチンを使用することが可能です。

※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・百日せき・破傷風 (DPT) 3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、血管浮腫等）、急性血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等）が現れることがあります。また、脳症、けいれんが現れることがあります。

#### 【その他の副反応】

- ・過敏症：まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、かゆみ等があらわれることがあります。
- ・全身症状：接種後、発熱、不機嫌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：局所に発赤、はれ、水ぶくれ、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。接種後数日を経過してから局所に発赤、はれが出ることもあります。また小さいしこりが一か月くらい残ることがあります。なお、2回目以降の接種時には、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、はきけ、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。

ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT) 3種混合1期初回・1期追加は、生後<sup>2</sup>か月から90か月に至るまでに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（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日間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

# ジフテリア・百日せき・破傷風（DPT）3種混合予防接種予診票

ジフテリア・百日せき・破傷風（1期初回...1回目・2回目・3回目、追加）  
ジフテリア・破傷風（1期初回...1回目・2回目、追加）

広島市

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。

|        |                    |     |
|--------|--------------------|-----|
| 診察前の体温 | 度                  | 分   |
| 予診年月日  | 令和 <del>平成</del> 年 | 月 日 |

|         |           |     |         |                         |  |
|---------|-----------|-----|---------|-------------------------|--|
| 住 所     | 広島市 区 番 号 |     |         |                         |  |
|         | 電話：( ) —  |     |         |                         |  |
| 受ける人の氏名 |           | 男・女 | 生 年 月 日 | 平成 <del>令和</del> 年 月 日生 |  |
| 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<br>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<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<br>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><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・名称・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( ) | 医 療 機 関<br>所 在 地<br>名 称<br>医 師 名<br>接種年月日 令和 <del>平成</del> 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出ないことがあります。

