

# ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ (DPT-IPV) 4種混合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 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオとは

### (1) ジフテリア (Diphtheria) とは

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5,000人が死亡しました。

### (2) 百日せき (Pertussis) とは

カゼのような症状が始まり、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人が死亡しました。

### (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、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。

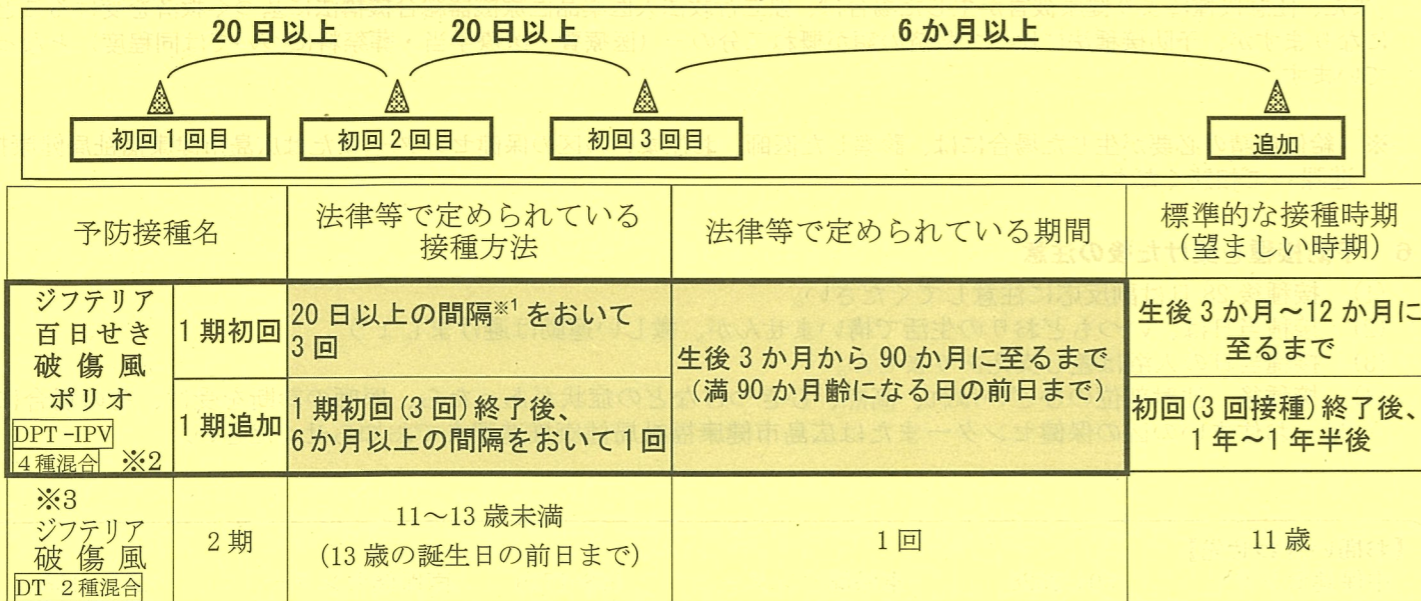
### (4) ポリオ (Polio) とは

「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、1,000~2,000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、渡航者などから日本に入ってくる可能性もあります。

## 2 4種混合ワクチンの接種方法について



うらもお読みください

平成30年4月改

# ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ (DPT-IPV)

## 4種混合ワクチン予防接種予診票

1期初回(1回目・2回目・3回目)、1期追加

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。

接種歴	4種混合接種歴 (なし・1回目 年 月 日、2回目 年 月 日、3回目 年 月 日)	診察前の体温	度	分
	単独ポリオ接種歴 (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	平成	年 月 日
	3種混合接種歴 (なし・1回目 年 月 日、2回目 年 月 日、3回目 年 月 日)			
住所	広島市 区 番 号 電話:( ) -			
受ける人の氏名	男女	生年	平成	年 月 日
保護者の氏名	男女	月日	(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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

※ 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。

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。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・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 0.5 mL	所在地 医療機関名
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・左足・その他( )	医師名 接種年月日
(注)有効期限が切れていないか要確認		平成 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、診察後、医療に移行していないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを紙右上に記載してください。

