

破傷風トキソイド予防接種 予診票

任意接種用

診察前体温: 度

* 接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

住 所		TEL() —
フリガナ		生 年 月 日
受ける人の氏名	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日生
保護者の氏名		(歳)

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、裏面の説明文を読んで理解して頂けましたか？	いいえ	はい	
2. 破傷風トキソイド接種を、過去5年以内に受けていますか？	いいえ	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところはありますか？	ある(具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気(気管支喘息など)で医師にかかっていますか？	はい(病名) 薬を飲んでいますか？ (いる ・ いない)	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	はい(病名)	いいえ	
6. 1ヶ月以内に下記のいずれかの予防接種を受けましたか？ 麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘・BCG・ポリオ・黄熱	はい (予防接種名:)	いいえ	
7. 1週間以内に不活化ワクチン(質問6以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか？	はい (予防接種名:)	いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された人はいますか？	はい	いいえ	
10. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	ある: 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
11. 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか？	ある(薬又は食品の名前)	ない	
12. 今までに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことはありますか？	ある (予防接種名・症状)	ない	
13. 今までに特別な病気(心臓血管・腎臓・肝臓・血液疾患、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？	はい(病名)	いいえ	
14. 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、具体的に記入してください。			

医師記入欄: 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師署名

本人及び保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

只左 直也

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等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(または保護者の署名)

使用 ワ ク チ ン 名	用法・用量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 日 時
<input type="checkbox"/> 沈降破傷風トキソイド「破トキ」 <input type="checkbox"/> 沈降破傷風トキソイド「化研」 Lot No.	皮下接種 mL	実施場所: 湘南茅ヶ崎クリニック 医師名: 只左 直也 接種日時:

* 記載頂きました個人情報、ワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

破傷風トキソイド予防接種説明書

【 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週間ほどで免疫が獲得されます。その後、感染防御効果を維持するためにはさらに6～12ヶ月、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。通常は数日で自然に消失します。まれに、ショックやアナフィラキシー様症状(全身初赤、呼吸困難、血管浮腫など)がみられることがあります。

【 他の予防接種との間隔 】

破傷風トキソイド接種前に、生ワクチン(麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなど)を接種している場合は原則として接種した日から28日以降、不活化ワクチン(インフルエンザワクチンなど)を接種した場合は原則として接種日から7日以降の間隔が必要となります。

【 予防接種を受けることができない人 】

1. 接種直前の体温が37.5℃を超えている人
2. 重篤な急性疾患(肺炎、腎盂腎炎、急性肝炎など)にかかっていることが明らかの人
3. 自己免疫病などでステロイドホルモン剤や免疫抑制剤の投与を受けている人
4. 過去に破傷風トキソイド接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
5. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人 】

1. 風邪などのひきはじめと思われる人
2. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんま疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
3. 薬の投与又は食事で皮膚に発疹が起きたり、体に異常をきたしたことがある人
4. 今までにけいれんを起したことがある人
5. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人

【 ワクチン接種後の注意 】

1. 破傷風トキソイド接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種後は30分ほど待合室でお待ちください。
2. 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。
3. 接種当日は接種部位の清潔を保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
5. 接種後3週間は、発熱などの副反応に注意してください。
6. 接種後に注射部位のひどい腫れや高熱などの症状を認めた場合は、当院を受診してください。

あなたの接種予定日は	医療機関名
月 日()です。 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	湘南茅ヶ崎クリニック