

# 四種混合ワクチンの接種について

四種混合の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。  
予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

## 【ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオについて】

ジフテリア・・・ジフテリア菌の飛沫感染で起こります。感染は主にのどですが、鼻にも感染します。症状は高熱、のどの痛み、犬吠様のせき、嘔吐などで、偽膜とよばれる膜ができて窒息死することがある病気です。発病 2～3 週間後には菌の出す毒素によって心筋障害や神経麻痺を起こすことがあるので、注意が必要です。

百日せき・・・百日せき菌の飛沫感染で起こります。百日せきは、普通カゼのような症状ではじまります。続いて咳がひどくなり、顔を真っ赤にして連続的にせき込むようになります。せきのあと急に息を吸い込むので、笛を吹くような音がします。熱は出ません。乳幼児はせきで呼吸ができず、唇が青くなったり、けいれんが起きることがあります。肺炎や脳症などの重い合併症を起こします。乳児では命を落とすこともあります。

破傷風・・・破傷風菌はヒトからヒトへ感染するのではなく、土の中にひそんでいて傷口からヒトへ感染します。傷口から菌が入り体の中で増えまると、菌の出す毒素のために、口が開かなくなったり、けいれんを起こしたり、死亡することもあります。患者の半数は自分や周りの人では気がつかない程度の軽い刺し傷が原因です。日本中どこでも土中に菌はいますので、感染する機会は常にあります。また、お母さんが抵抗力(免疫)を持っていれば出産時に新生児が破傷風にかかるのを防ぐことが期待できます。

ポリオ・・・ポリオは「小児麻痺」とも呼ばれ、ポリオウイルスによって主に手足に麻痺を起こし、その麻痺が一生残ってしまうことがあります。わが国ではワクチンの高い接種率により自然感染による患者発生はありません。しかし、一部の国では今でもポリオの流行があり、このウイルスがいつ国内に入ってくるかわかりません。また、それらの国々に出かける時に抗体がないと感染する可能性があります。

## 【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、三種混合(DPT)ワクチンに Vero 細胞という培養細胞で弱毒ポリオウイルス(セービン株)の 1 型、2 型、3 型をそれぞれ精製し不活化したものを混合した四種混合ワクチンです。副反応は、注射部位の紅斑、注射部位の硬結(しこり)、発熱、注射部位の腫脹(はれ)、気分変化、下痢、鼻漏(はなみず)、咳嗽(せき)、発しん、食欲減退、咽頭紅斑、嘔吐などがみられ、ほとんどは接種 3 日までにみられています。硬結は 1 ヶ月くらい残ることがあります。

また、まれにショック、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、脳症、けいれんが起こる可能性があります。このような健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

## 【予防接種を受けることができない人】

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去に四種混合ワクチンの成分によって、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下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

## 【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. 予防接種を受けたときに、2 日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 今までにけいれんを起こしたことがある人
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のある人
6. 四種混合ワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれのある人

## 【予防接種を受けた後の注意】

1. 四種混合ワクチンを受けたあと 30 分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
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ようなことはやめましょう。
3. 接種当日は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、高熱やけいれんなど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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 ( ) です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

## 四種混合(DPT-IPV)予防接種予診票

沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ(セービン株)混合ワクチン

保護者の方へ:太ワク内にご記入ください。

住所		電話	平成 年 月 日
ふりがな			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 ヵ月)
保護者の氏名		診察前の体温	度 分

※次の事項について、該当するものを○で囲むなど記入してください

今回の接種は	1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )	1期追加
四種混合ワクチン接種歴	0回 ・ 1回 ・ 2回	3回
三種混合(DPT)ワクチン接種歴	0回 ・ 1回 ・ 2回	3回
経口生ポリオワクチン接種歴	0回 ・ 1回	2回
不活化ポリオワクチン接種歴	0回 ・ 1回	2回 ・ 3回

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、説明文を読みましたか	はい・いいえ	
接種を受ける方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 出生時に異常がありましたか 乳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、身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か月以内に家族や友だちで麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか 病名 ( )	はい・いいえ	
1か月以内に受けている予防接種はありますか 予防接種の種類 ( ) 接種日 ( 年 月 日)	はい・いいえ	
生まれてからいまままでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、 医師の診察を受けたことがありますか ( 病名 )	はい・いいえ	
(「はい」と答えたかたのみ) → 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	
(「はい」と答えたかたのみ) → そのときに熱がでていましたか	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、身体の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がありますか 予防接種の種類 ( )	はい・いいえ	
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	
今日の予防接種について質問がありますか( )	はい・いいえ	

## 医師の記入欄

医師のサイン

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )

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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて  
理解した上で、接種を希望しますか ( 希望します ・ 希望しません )

保護者のサイン(フルネーム)

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。

続柄は 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母

使用ワクチン名	接種量	接種部位	接種場所 ・ 医師名 ・ 接種日
Lot No.	0.5mL	上腕・大腿 右・左 (皮下接種)	内科クリニック サンエール 蓑 毅峰 年 月 日