

# DTトキソイドの接種を受けられる方へ

(ジフテリア・破傷風)

## 接種を受ける時の注意

- ① DTトキソイドの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう
- ② 受ける前日は入浴(又はシャワー)をして、体を清潔にしましょう
- ③ 当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところのないことを確認して下さい
- ④ 清潔な着衣をつけましょう
- ⑤ 予診票は接種してくださるお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
- ⑥ 接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳があれば持っていきましょう

## 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、DTトキソイドの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、他の医薬品投与をうけてアナフィラキシーを起こした人は、お医者さんに接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いで下さい
- ④ その他、お医者さん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 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ② 発育が悪くお医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ③ 未熟児で生まれて発育の悪い人
- ④ カゼなどのひきはじめと思われる人
- ⑤ 前に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思わす異常がみられた人
- ⑥ 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑦ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑧ 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことがある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人
- ⑩ 気管支喘息のある人

## 予防接種を受けた後の注意

- ① DTトキソイドを受けたあと30分間は、病院にいるなどして様子を観察し、お医者さんとすぐに連絡をとれるようにしておきましょう
- ② DTトキソイド接種後、24時間は副反応の出現に注意しましょう
- ③ 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ことはやめましょう
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう
- ⑤ 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けて下さい

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

# DTトキソイド予防接種 予診票

(ジフテリア・破傷風)

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

	診察前の体温		度	分
住 所	TEL (            )            -			
フリガナ				
予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	
(保護者の氏名)			(    歳    力月)	

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説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今までにDPTワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)の予防接種を受けたことがありますか	ある (    歳ごろ    回接種)	ない	
3. 今までにDTトキソイド(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある (            トキソイド)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 今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	ある(具体的に)	ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない	
(“ある”の場合)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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある (    ごろ    回くらい ) (    最後は    年    月    ごろ )	ない	
(“ある”の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(            °C)	いいえ	
12. 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	ある(薬、食品名)	ない	
13. 近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(予防接種名)	いない	
14. 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	いる	いない	
15. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16. 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ご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )  
 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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  
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応など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(もしくは保護者の署名)
----------------------------------------------------------------------------	-------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時			
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド DTビック	(皮下接種)	実施場所	内科クリニック サンエール		
		医師名	袁 毅峰		
Lot No.	0.1 mL	接種日時	年    月    日    時    分		