三種混合ワクチン（DPT）予防接種　予診票

任意接種用

（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

接種回数	初回免疫（ 1 ・ 2 ・ 3回目）・追加免疫（　　回目）	診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日生 （　歳　カ月）
予防接種を受ける人の氏名				
（保護者の氏名）				

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	いいえ	はい	
2. 今までに四種混合（DPT-IPV）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）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. 今までに三種混合（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	
4. 今までに二種混合（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	
5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状（　）	ある	ない	
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名（　）	はい	いいえ	
7. 最近１カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名（　）	はい	いいえ	
8. 最近１カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名（　）	はい	いいえ	
9. 最近１カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　）　接種日（　/　）	はい	いいえ	
10. 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 予防接種名（　）　具体的な症状（　）	ある	ない	
11. 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、医師の診察を受けたことがありますか 病名（　）	ある	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	
12. 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 （　）歳頃	ある	ない	
（“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　℃）	いいえ	
13. 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　症状（　）	ある	ない	
14. 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	いない	
15. 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	
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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、説明をしました。　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
トリビック Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所　医療法人彩侑会 上落合クリニック 医師名　院　長　泉田美知子 接種日時　年　月　日　時　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

53TR307A-　2017年12月作成
（審）17XII077

三種混合ワクチン(DPT)の予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチンの接種により、百日せき、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結(しこり)、腫脹(はれ)、そう痒感(かゆみ)、疼痛、熱感など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、発しん、下痢、鼻漏(はなみず)、頭痛などがあらわれることがあります。硬結は1か月以上残ることがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応があらわれることがあります。非常にまれですが、重大な副反応として(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)、(2)血小板減少性紫斑病(接種後数日から3週間ごろにあらわれる紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など)、(3)脳症(発熱、四肢麻痺、けいれん、意識障害など)、(4)けいれん(接種直後から数日ごろまで)があらわれることがあります。なお、副反応による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また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℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に三種混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、判断を仰いでください)
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

〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人〉

① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 三種混合ワクチンの成分に対してアレルギーを起こす可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 予防接種を受けたあとの30分間は体調に変化がないか接種場所で様子をみましょう。 やむをえず帰る場合は、すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応が、この間に起こることがまれにあります。
② 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
③ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
④ 接種当日は接種前も含め、はげしい運動は避けましょう。
⑤ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

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　　分頃おこしください	

53TR307A-
2017年12月作成
(審)17XII077