

# 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド 接種申込書・予診票

**任意接種用**

本予診票は定期接種の予診票としては使用できません。  
別途市町村等より配布されているものを使用してください。

# 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)

## 1. ジフテリアとその症状

ジフテリア菌の感染によって起こる急性の感染症です。感染すると2～4日の潜伏期を経て、高熱、喉の痛み、犬がほえるような咳、激しい嘔吐などが起こります。喉頭部の腫脹のため、窒息死することもあります。また、発病後2～3週間して、ジフテリア菌の出す毒素により心筋炎や神経麻痺を起こすことがあります。しかし、10%程度の人にしか症状が現れず、他は症状の出ない不顕性感染のため、保菌者の自覚のないまま、菌だけまき散らすこともあります。

## 2. ジフテリアトキソイドの効果と副反応

ジフテリアについてはDPT-IPV四種混合ワクチン(場合によってDPTワクチン)、DTトキソイドが使用されます。ここではDTトキソイドの説明を致します。

DTトキソイドは2期の定期接種において使用します。

副反応としては、まれにショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)があらわれることがありますので、接種後は観察を十分に行ってください。局所の発赤、腫脹、疼痛、硬結等、また、全身反応として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、まれに下痢、めまい、関節痛等を認めることがあります。いずれも一過性で2～3日中に消失します。ただし、局所の硬結は1～2週間残存することもあります。また、2回目以降には、ときに著しい局所反応を呈することがありますが、通常、数日中に消失します。

## 3. 破傷風とその症状

破傷風は破傷風菌の感染によって起こる感染症ですが、人から人へ伝染する疾患ではありません。破傷風菌は土壌中に存在し、世界中どこにでもいるので、いつでも感染の危険性があります。破傷風菌は汚れた深い創傷、火傷から体内に侵入し、7～12日の潜伏期の後、咬筋のけいれんによる開口障害で発症し、顔面筋のけいれんによる痙攣に始まり、数日以内に全身の筋肉の強直、強直性けいれん発作を頻発します。意識障害はなく、呼吸筋のけいれんや、日光、騒音等の刺激で全身強直をきたし死亡することが多い重篤な疾患です。

破傷風菌の出す毒素は微量で非常に強い毒性を発揮しますが、この菌の自然感染によって免疫を獲得することはありません。そのため予防接種によって免疫を獲得する以外に有効な対策はありません。

## 4. 破傷風トキソイドの効果と副反応

破傷風に対する予防接種はDPT-IPV四種混合ワクチン(場合によってDPTワクチン)、DTトキソイドが使用されますが、ここでは沈降破傷風トキソイドについて説明致します。

生後3～90ヵ月未満の者及び11・12歳の者については、定期接種としてDPTワクチンあるいはDTトキソイドで予防接種を行っています。

その他、野外での工事関係者、農業従事者、消防関係等の感染の危険度の高い人は言うに及ばず抗体を持たない人も、現在ではトキソイド以外に予防方法はありませので、接種しておくことをお勧めします。また、状況により妊婦への接種も可能です。

副反応としては、局所の発赤・腫脹、疼痛、硬結等、また、全身反応として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、まれに下痢、めまい、関節痛等を認めることがあります。いずれも一過性で2～3日中に消失します。ただし、局所の硬結は1～2週間残存することがあります。また、2回目以降には、ときに著しい局所反応を呈することがありますが、通常、数日中に消失します。

## 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)

## 5. 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、接種を受ける前に医師に相談しましょう
- 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がないことを確認してください
- ④ 清潔な着衣をつけましょう
- ⑤ 予診票は接種する医師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まの場合、母子手帳があれば持っていきましょう

## 6. 次の方は接種を受けないでください

- ① 明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 本剤の成分によりアナフィラキシー(重いアレルギー反応)を起こしたことがある方  
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、医師に接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
- ④ その他、医師に予防接種を行うことが不相当であると判断された方

## 7. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ① 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
- ② 発育が悪く医師や保健師の指導を継続して受けている方
- ③ カゼなどのひきはじめと思われる方
- ④ 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方
- ⑤ 薬の投与又は食事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方
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことがある方
- ⑦ 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方
- ⑧ 妊娠の可能性のある方

## 8. 接種後は以下の点に注意してください

- 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、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ことはやめましょう
- ③ 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
- 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

「DTトキソイド接種申込書・予診票」にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

接種 予定 日	月 日( ) 時 分頃までにおこしてください。	医療 機 関 名	
---------------	----------------------------	-------------------	--

DTトキソイド接種申込書・予診票  
(ジフテリア・破傷風)

任意接種用

				診察前の体温	度	分
住 所	〒			TEL ( )	-	
フリガナ		男・女	生年 月 日	明 治	年	月 日 生
受ける人の氏名				大 正		
(保護者の氏名)				昭 和	( 歳	ヵ月)
				平 成		
質 問 事 項				回 答 欄		医師記入欄
今日受けるジフテリア・破傷風の予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか				いいえ	はい	
今までに破傷風トキソイドを含む以下のワクチンの予防接種を受けたことがありますか (受けたことがある方は医師に申し出てください) ・四種混合ワクチン ・三種混合ワクチン ・破傷風トキソイド				はい	いいえ	
今日、具合の悪いところがありますか 具体的に( )				はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名( )				はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 治療(投薬など)を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか				はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )				はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名( ) 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もいいと言われましたか				はい はい	いいえ いいえ	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか( )歳頃 その時熱は出ましたか				はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名( )				はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか				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 予防接種名( )				はい	いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか				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 本人(もしくは保護者)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ました  医師署名又は記名捺印 _____

本人記入(もしくは保護者)
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性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)どちらかを○で囲んでください 署名 _____ (代筆者の場合: 続柄 _____) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	接種場所・医師名・接種日時
名 称: 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド メーカー名: 北里第一三共ワクチン株式会社 製造番号:	皮下接種 mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	医療機関名: 医 師 名: 接 種 日 時: 年 月 日 時 分

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します。