

四種混合(DPT-IPV)ワクチンの予防接種を受けられる方へ

<予防接種を受けるときの注意>

- ① 今回受けようとしている四種混合(DPT-IPV)ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防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(またはシャワー)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、普段と変わったところの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 予診票は接種して下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 予防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。
- ⑦ 予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

<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℃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 過去にワクチンの接種を受けて、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、お医者さんに予防接種を受ける前にその旨を伝え、判断を仰いでください
- ④ 妊娠していることが明らかな人(ワクチン接種後は、約2カ月間の避妊が必要です)
- ⑤ 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

<予防接種を受ける際に、お医者さん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 以前に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、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)で皮膚に発疹が出たり、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のある人
- ⑨ 家族の中で、又は遊び友達、クラスメートの間に麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ⑩ 妊娠の可能性のある人(ワクチン接種後は、約2カ月間の避妊が必要です)
- ⑪ 気管支喘息のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ① 四種混合(DPT-IPV)ワクチンの接種を受けた後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取れるようにしておきましょう。
- ② ワクチン接種後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りはやめましょう。
- 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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
- ⑥ 接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

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 分頃おこしてください	

自費

注！ 公費の方は使用できません

[四種混合(DPT-IPV)] 予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

		診察前の体温		度 分	
住 所	〒	TEL () -			
フ リ ガ ナ		男 ・ 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳 カ月)
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. 今日受ける予防接種についての説明文(表面)を読んで理解しましたか？	いいえ	はい	
2. 今日受ける四種混合(DPT-IPV)の予防接種は何回目ですか？	()回目		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いて下さい()	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？ ・ その場合、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 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近 1 カ月の間に何か病気にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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？ 病名()	はい	いいえ	
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言われましたか？		はい	いいえ
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ	
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？(最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか？		はい	いいえ
9. 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？	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・症状()	はい	いいえ	
11. 1 カ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名()	はい	いいえ	
12. 1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいますか？ 病名()	はい	いいえ	
13. 【女性の方に】 現在、妊娠していますか？	はい	いいえ	
14. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか？ あれば具体的に書いて下さい()	はい	いいえ	
15. 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書いてください			

医師の記入欄： 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) **医師の署名又は記名押印**
 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、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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(もしくは保護者)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
四種混合(DPT-IPV) (Lot No.)	mL	実施場所： 医 師 名： 接種日時：令和 年 月 日 時 分

記入いただきました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。