

# 破傷風ワクチンの接種を受けられる方へ

## 1. 予防できる病気

破傷風

## 2. このワクチンについて

破傷風の予防は、破傷風トキソイドを3～8週間の間隔で2回接種後、4週間で免疫を獲得できます。その後、感染防御効果を持続するためにはさらに6～12ヵ月、あるいは1年半後に3回目のワクチン接種を行えば約4～5年間は免疫状態が続きます。

## 3. 接種を受ける時の注意

- ・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医師に相談しましょう
- ・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
- ・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ましょう
- ・清潔な着衣をつけましょう
- ・予診票は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

## 4. 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

〈局所〉

発赤、腫脹、疼痛、硬結など

〈全身〉

発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など

下記のような重篤な副反応は発生率が非常に低いとされていますが、接種後に異常な症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診することが推奨されます。

ショック、アナフィラキシー様症状（全身発赤、呼吸困難、血管浮腫など）

## 5. 次の方は接種を受けないでください

- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重篤な急性疾患にかかっている方
- ・過去に破傷風トキソイドに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方  
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方は、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
- ・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方

## 6. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある方
- ・発育が遅く、医師や保健師さんの指導を継続して受けている方
- ・カゼなどのひきはじめと思われる方
- ・前回の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疑う症状がみられた方
- ・薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・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方
- ・破傷風トキソイドに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある方
- ・家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（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方
- ・妊娠中または妊娠の可能性がある方、授乳中の方  
(妊娠中、授乳中は安全性が確立されていないので避けた方が望ましい)

## 7. 接種後は以下のことに注意してください

- ・接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ・接種後24時間は体調に注意しましょう。
- ・接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ・接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。
- ・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ・このワクチンに限らず、ワクチン接種により血管迷走神経反射によりめまいや立ちくらみが起こる可能性があるため、車の運転や高所での作業は注意しましょう

## 8. 医薬品副作用救済制度について

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」により治療費等が支給さ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。



西梅田シティクリニック

# 予防接種予診票（破傷風トキソイド）

太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。

診察前の体温

℃

(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	西暦 ( 年 歳)	月 か月)	日	保護者 氏名	未成年の場合のみ —
〒 住所				TEL		—	

質問事項	回答欄	医師記入欄
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	
今までに下記の予防接種を受けたことはありますか ・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） ・DTトキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）	( はい 歳頃 回)	いいえ
今までに破傷風トキソイドを接種したことがありますか	( はい 歳頃 回)	いいえ
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい	いいえ
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか (症状： )		
現在、何かの病気で医師にかかりていますか	(病名： はい)	いいえ
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
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
最近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
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	はい	いいえ
※「はい」と答えた方 具体的にどのような症状ですか (症状： )		
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 先天性異常 ・ 心臓 ・ 脊髄 ・ 肝臓 ・ 血液 ・ 脳神経 ・ 免疫不全症 ・ 慢性腫瘍 ・ その他の病気	はい	いいえ
※「はい」と答えた方 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	いいえ はい	はい
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	( はい 頃 (最後は 回くらい) 頃)	いいえ
※「はい」と答えた方 ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	( はい ℃)	いいえ
薬や食品などでアレルギー症状（じんましん、アナフィラキシー）を起こしたり、体の具合が悪くなつたことがありますか	はい	いいえ
※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの ( )		
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなつた方はいますか	(予防接種名： 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
【女性の方】下記にあてはまることがありますか。		
<input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある（生理が予定より遅れているなど） <input type="checkbox"/> 授乳中である	はい	いいえ
その他、健康状態のことなど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）		

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性などについて理解した上で、今回の予防接種を希望しますか？	本人の署名（もしくは保護者の署名）
( はい ・ いいえ )	
*かっこの中のどちらかをえらんで下さい	代理人の場合：続柄 ( )

\*医師の記入欄

問診及び診察の結果、今日の予防接種は下記のように判断しました。	医師名
(実施できる ・ 見合わせた方が良い)	
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。	印

使用ワクチン名	ロット番号	接種部位	接種量	住所	大阪府大阪市北区梅田2-1-18 富士ビル2階・3階
【使用するものにチェック】 <input type="checkbox"/> 沈降破傷風トキソイド「生研」 <input type="checkbox"/> 破トキ「ビケンF」	皮下・筋肉注射 右 ・ 左	0.5mL	医院名	西梅田シティクリニック	
			院長	赤松 敬之	
			接種年月日	令和 年 月 日	印

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。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。