



## 四種混合ワクチン（DPT－IPV）の接種をご希望の方に

四種混合ワクチン（DPT－IPV）の接種を実施するにあたり、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明書をお読みになり、「四種混合ワクチン接種予診票」に詳しくご記入の上、医師の診察を受けてください。

### 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、破傷風およびポリオに対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を抑制する効果が期待できます。

主な副反応は、注射部位の痛み、赤み、腫れ、しこり、痒みなど、全身症状として発熱などの他、発疹、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。しこりは1ヶ月以上残ることがあります。2回以上接種した人には、強い局所症状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週間頃にあらわれる紫斑、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（接種直後から数日ころまで）があらわれることがあります。

### 予防接種を受けることができない方

- (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ことが明らかな方
- (3) 過去にこのワクチン、三種混合ワクチンの成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方  
※他の医薬品でアナフィラキシーを起こした方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて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相当と判断した方

### 予防接種を受ける前に主治医への相談が必要な方（事前に主治医に確認してください）

- (1) 心臓血管系・腎臓・肝臓・血液などの基礎疾患のある方
- (2) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
- (3) このワクチンの成分に対して、アレルギーを起こすおそれのある方
- (4) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- (5) 過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6) 血小板が少ない方や出血しやすい方
- (7) 妊婦または妊娠している可能性のある方、授乳中の方  
※接種後は2ヶ月の避妊期間を設けることが推奨されます
- (8) 最近1か月以内に予防接種を受けた方

### 予診の結果、安全性に懸念があり、ワクチンを接種できないことがあります

#### 接種後の注意

- ① 接種後に失神が起こることがあるので、接種後30分程度は、接種施設で背もたれのある椅子にゆっくり腰掛けて、体調の変化がないことを確認してから帰宅しましょう。
- ② 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- ③ 接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- ④ 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。

接種予定日	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分頃	医療機関名	公立学校共済組合近畿中央病院
-------	---	-------	----------------



# 四種混合ワクチン接種予診票

DPT-IPV (百日せき・ジフテリア・破傷風・ポリオ)

不活化

皮下注射

任意/自費

\*接種希望の方は、太ワク内にご記入ください

予診前の体温	℃ (病院で接種前に検温)	カルテ No.	
住所	〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____		
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	明大昭平 年 月 日
受ける人の氏名	<input type="checkbox"/> 女		(満 _____ 歳)

質問事項	回答		医師
今日受ける予防接種について説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
成人後、三種混合ワクチン・四種混合ワクチンを接種しましたか	はい ↓何歳頃 ( _____ ) 歳頃	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい ↓病名・具体的な症状 ( _____ )	いいえ	
これまでに特別な病気 (心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他) にかかり、医師の診察を受けていますか	はい ↓病名 ( _____ )	いいえ	
※その病気の主治医には、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		
けいれんを起こしたことがありますか	はい ( _____ ) 歳頃	いいえ	
※その時、熱は出ましたか	はい ・ いいえ		
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい ↓薬の名前・食品名 ( _____ )	いいえ	
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	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
最近1か月以内にご自身、家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血・ガンマグロブリン注射を受けましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	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	はい ↓予防接種名・症状 ( _____ )	いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	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 ↓質問 ( _____ )	いいえ	

医師記入欄：以上の予診および診察の結果、今日の予防接種は、 ( <b>実施できる・見合わせた方がよい</b> ) と判断します。 本人 (もしくは代理人) に対して予防接種の効果・副反応および 医薬品副作用被害救済制度に基づく救済等について説明しました。	予診した医師署名 _____
--	-------------------

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および医薬品 副作用被害救済制度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。 ( <b>はい・いいえ</b> )	本人または代理人の署名 _____ 代理人の場合：関係 ( _____ )
--	---

使用ワクチン	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日
クアトロバック (百日せき・破傷風・ジフテリア・不活化ポリオ) KMバイオロジクス株式会社 Meiji Seikaファルマ株式会社 製造番号： _____	皮下接種 0.5mL  ( <b>左・右</b> )	実施場所：兵庫県伊丹市車塚3-1 公立学校共済組合近畿中央病院 医師名： _____ 接種日： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ワクチン外来 → 会計窓口2 (自費074739) → 外来係長