

三種混合予防接種(Tdap)ワクチン問診票 破傷風・ジフテリア・百日咳(Boostrix GSK)

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

住所	〒 _____				性別	男・女	検査前の体温 度 分	
フリガナ	_____							
氏名	_____							
18歳未満の方は保護者氏名	_____							
生年月日(年齢)	西暦	年	月	日	(満	歳		ヶ月)
電話番号	(_____)	-	(_____)	-	(_____)			

質問事項	回答欄 (※ 該当に○印 ※)	医師記入欄
今日受け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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
今日、身体に具合の悪いところがありますか？	はい <input type="checkbox"/> 症状(_____) いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヶ月以内に病気にかかりましたか？	はい <input type="checkbox"/> 病名(_____) いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヶ月以内に家族や友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか？	はい <input type="checkbox"/> 病名(_____) いいえ <input type="checkbox"/>	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
※「はい」ど答えた方 その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けていいと言われましたか？	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？	はい (_____)歳頃 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
※「はい」ど答えた方 そのとき、熱は出ていましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
薬や食品で発疹やじんましんが出たことや体の具合が悪くなったことはありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいらっしゃいますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問はありますか？	はい <input type="checkbox"/> 質問(_____) いいえ <input type="checkbox"/>	

※ 接種者署名 ※

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性、輸入ワクチンの救済措置について同意した上で、今回の予防接種を希望しますか？

(希望する ・ 希望しない) 署名(本人または保護者) _____
続柄 (_____)

医師 署名

以上の問診および診察の結果、
今日の予防注射は(可能 ・ 見合わせる)
本人あるいは保護者に対して予防接種の効果・副反応及び
予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師の署名 _____

使用ワクチン	摂取量	接種部位	実施機関・接種日時
ロットシール貼り付け欄	0.5ml	上腕・大腿 右・左 (皮下・筋)	MYメディカルクリニック
			医師名: _____ 接種日時: _____年 _____月 _____日

三種混合ワクチンの接種について

予防接種の実施に当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。
予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。

【ジフテリア・百日せき・破傷風について】

ジフテリア: ジフテリア菌の飛沫感染で起こります。症状は高熱、のどの痛み、嘔吐などで、窒息死することがある病気です。発病 2~3週間後には菌の出す毒素によって心筋障害や神経麻痺を起こすことがあります。

百日せき: 百日せき菌の飛沫感染で起こります。百日せきは、普通カゼのような症状から咳がひどくなり、顔を真っ赤にして連続的にせき込むようになります。熱は出ません。乳幼児での死亡率が高く、米国では全ての妊婦にワクチン接種を推奨しています。

破傷風: 破傷風菌は主に傷口からヒトへ感染します。傷口から菌が入り体の中で増えると菌の出す毒素のために、筋肉のけいれんを引き起こします。また、母親が抵抗力(免疫)を持っていれば出産時に新生児が破傷風にかかるのを防ぐことが期待できます。

【ワクチンの特徴と副反応】

- ・成人用三種混合ワクチン(Tdapと略す)は輸入ワクチンです。
- ・小児用三種混合ワクチン(DPTやDTaPと略す)と比べて抗原量を減らしてあります。
- ・注射部位の違和感、発赤、疼痛を生じることがあります。まれに発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛を認めます。ごくまれにアナフィラキシーショックを起こします。

【予防接種が受けられない人】

- ・明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ・過去に三種混合ワクチンの成分により、アナフィラキシーを起こしたことがある人
(他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。)
- ・医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【医師との相談が必要な人】

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ・発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- ・予防接種を受けた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異常がみられた人
- ・けいれんを起こしたことがある人
- ・本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- ・三種混合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人

【接種後の注意事項】

- ・ワクチン接種後の30分間は急な副反応が起きる場合があります。医療機関にいるか、すぐに連絡をとれるようにしてください。
- ・入浴は可能ですが、注射した部位をこすらないようにしてください。
- ・接種当日の激しい運動や大量の飲酒はやめましょう。
- ・万が一、高熱やけいれんなどが起きた場合には速やかに医師の診察を受けてください。

国内未承認ワクチン同意書 (Boostrix)

MYメディカルクリニック

〒150-0042

東京都渋谷区宇田川町20-17

NMF渋谷公園通りビル5階

TEL:03-4579-9011 FAX:03-6452-5102

<p>国内未承認ワクチン について</p>	<p>日本国内で承認されているワクチンは予防接種法、施行令によって健康被害に対する救済制度がありますが、国内未承認ワクチンは対象外となります。 そのため、本ワクチンの副作用についての補償制度は当院がワクチンの輸入を行う企業(株式会社インターナショナルメディカルマネージメント)の補償制度に従うこととなります。 内容はこちら (http://www.imm-c.com/productlink.html) をご覧ください。</p>
---------------------------	--

<p>三種混合ワクチン (Boostrix)について</p>	<p>国内では認可されていませんが、アメリカでは認可され、11～18歳の人に思春期の人用の三種混合ワクチンの追加接種が勧告されており、留学の際にも接種を求められる場合があります。 国内で認可されている4種混合ワクチンは抗原量が比較的多く、思春期以降の人には局所の副反応が起きやすいとされています。 そのため、当院では含まれる抗原量の少ない当ワクチンの接種を留学、渡航の方向けに行っています。</p>
------------------------------------	---

私は _____ 様(及び保護者)に本ワクチンの効果・目的・副反応・補償制度・同意しない場合にも不利益を被らないことについて説明しました。

説明した医師の署名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

私は上記医師より本ワクチンの効果・目的・副反応・補償制度・同意しない場合にも不利益を被らないことの説明を受けて理解した上で、本ワクチンの接種の接種を希望します。

接種対象者氏名 _____

接種対象者住所 _____

署名(本人もしくは保護者) _____ (続柄: _____)

_____ 年 _____ 月 _____ 日