

五種混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)予防接種予診票

沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン

		診察前の体温		度		分	
住	所	TEL () —					
ふ	り	が	な				
受ける人の氏名		男	生年	平成・令和 年 月 日生			
(保護者の氏名)		女	月日	(満 歳 カ月)			

※次の事項について、接種を受ける方が該当するものを○で囲むなど記入してください

今回の接種は	初回免疫 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加免疫 (4回目)					
五種混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)の接種歴	0回	・	1回	・	2回	・ 3回
四種混合ワクチン(DPT-IPV)の接種歴	0回	・	1回	・	2回	・ 3回
三種混合ワクチン(DPT)の接種歴	0回	・	1回	・	2回	・ 3回
不活化ポリオワクチン(IPV)の接種歴	0回	・	1回	・	2回	・ 3回
生ポリオワクチン(OPV)の投与歴	0回	・	1回	・	2回	
二種混合トキソイド(DT)の接種歴	ある (トキソイド)			ない		
インフルエンザ菌b型(ヒブ)ワクチンの接種歴	0回	・	1回	・	2回	・ 3回

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説明文(裏面)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 接種を受ける方の発育歴についておたずねします			
出生体重()g	分娩時に異常がありましたか	あった	なかった
	出生時に異常がありましたか	あった	なかった
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある	ない	
具体的な症状 ()			
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名 ()			
5. 最近1か月以内に近親者や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	いる	いない	
病名 ()			
6. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類 () 接種日 (年 月 日)			
7. 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	ある	ない	
予防接種の種類 () 具体的な症状 ()			
8. 生まれてからいまままでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか	はい	いいえ	
病名 ()			
(「はい」と答えた方のみ)	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いわれましたか			
9. 現在、抗凝固療法 (血液凝固の働きを抑制する薬剤の投与) を受けていますか	はい	いいえ	
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
(「はい」と答えた方のみ) そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
11. 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	ある	ない	
12. 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	いる	いない	
13. 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	いる	いない	
14. 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ご記入ください(投薬状況など)			

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)

保護者(もしくは本人)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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄: 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することを希望しますか

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

保護者の署名(もしくは本人の署名)

使用ワクチン名	接種方法 ・ 接種量	接種場所 ・ 医師名 ・ 接種日時
クイントバック水性懸濁注射用	(皮下接種 ・ 筋肉内接種)	実施場所:
Lot No.	0.5mL	医 師 名:
		接種日時: 年 月 日 時 分

五種混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)の予防接種を受けられる方へ

五種混合ワクチンの予防接種を実施するに当たって、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ください。
お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【このワクチンの効果と副反応は？】

このワクチンは、百日せき、ジフテリア、破傷風、急性灰白髄炎（ポリオ）及びインフルエンザ菌 b 型による感染症の予防のために接種します。

主な副反応として、紅斑（注射部位）、硬結（注射部位）、腫脹（注射部位）、気分変化、下痢、発熱（いずれも 5% 以上）、熱感（注射部位）、湿疹、上咽頭炎、咽頭炎、鼻漏、嘔吐、食欲減退、排便回数増加、軟便（いずれも 1～5%未満）などがあらわれることがあります。また、非常にまれですが、重大な副反応として、ショック、アナフィラキシー※、血小板減少性紫斑病、脳症、けいれん（熱性けいれん含む）（いずれも頻度不明）があらわれることがあります。なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

※アナフィラキシー

全身性のアレルギー反応で、通常、接種後約 30 分以内に起こることが多い。顔が急に腫れる、全身にじんましんが出る、息が苦しい、吐き気、嘔吐、汗がたくさん出るなどの激しい全身反応。

【予防接種を受けることができない人】

- 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
- 過去に五種混合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
- 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人

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなければならない人】

- 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
- 過去に予防接種を受けた時に、接種後 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
- 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 五種混合ワクチンの成分に対してアレルギーを起こす可能性がある人
- 血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している人（筋肉注射部位の出血のおそれがある人）

【予防接種を受けた後の注意】

- 五種混合ワクチンを受けたあと 30 分間は、急な副反応が起こることがあります
医療機関にいた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
- 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ようなことはやめましょう
- 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。また、激しい運動は避けましょう
- 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください

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	

<参考情報>

医薬品副作用被害救済制度

予防接種法の定期接種によらない任意の接種によって健康被害(医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事・食品衛生審議会(副作用被害判定部会)での審議を経た後、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金などが支給されます。

生物由来製品感染等被害救済制度

生物由来製品感染等被害救済制度により、生物由来製品を適正に使用したにもかかわらず、その製品を介して感染等にかかり、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合の救済も行われることになりました(平成 16 年 4 月 1 日以降に使用された生物由来製品によって生じた感染被害が対象)。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル 10 階

電話:0120-149-931(フリーダイヤル)

URL:<http://www.pmda.go.jp>