

四種混合（DPT-IPV）予防接種 （ジフテリア・破傷風・百日せき・ポリオ）

4 種混合ワクチンについて

- **対象年齢** 生後3ヵ月～生後90ヵ月（7歳半）になる日の前日まで
- **接種スケジュール**
 - 1 期初回接種 20日以上（標準的には20日から56日）の間隔をおいて3回接種
※標準として、生後3ヵ月～12ヵ月の間に3回接種します
 - 1 期追加接種 1期初回接種終了後6ヵ月以上の間隔をおいて1回接種
※標準として、初回接種終了後、6ヵ月以上の間隔をおいて12ヵ月～18ヵ月の間に1回接種します



※通知に行き違いの場合がありますので、親子健康手帳と照合して受けてください。

接種の際には親子健康手帳・予診票をお持ちください。また、保険証がなくても接種可能です。

四種混合ワクチンで防げる病気

ジフテリア

ジフテリア菌の飛沫感染で起こります。感染は主にのどですが、鼻にも感染します。症状は高熱、のどの痛み、けんぼうよう犬吠様のせき、嘔吐などで、ぎまく偽膜と呼ばれる膜ができて窒息死することもあります。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るため注意が必要です。

破傷風

破傷風菌はヒトからヒトへと感染するのではなく、土の中にいる菌が、傷口からヒトの体内に入ることによって感染します。菌が体の中で増えると、菌の出す毒素のために、口が開かなくなったり、けいれんを起したり、死亡することもあります。患者の半数は本人や周りの人では気がつかない程度の軽い刺し傷が原因です。土中に菌がいるため、感染する機会は常にあります。また、お母さんが抵抗力（免疫）をも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できます。

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、普通のかぜのような症状ではじまります。続いてせきがひどくなり、顔を真っ赤にして連続的にせき込むようになります。せきのあと急に息を吸い込むので、笛を吹くような音が出ます。熱は通常出ません。乳幼児はせきで呼吸ができず、くちびるが青くなったり（チアノーゼ）、けいれんが起きることがあります。肺炎や脳症などの重い合併症を引き起こします。また、乳児では命を落とすこともあります。

ポリオ

人から人へ感染します。ポリオウイルスが人の口の中に入って、腸の中で増えることで感染します。増えたポリオウイルスは、再び便の中に排泄され、この便を介してさらに他の人に感染します。成人が感染することもあります。乳幼児がかかることが多い病気です。ポリオに感染すると手や足に麻痺が現れることがあります。腸管に入ったウイルスが脊髄の一部に入り込み、主に手や足に麻痺があらわれ、その麻痺が一生残ってしまうことがあります。

予防接種の副反応について

4種混合予防接種の副反応としてみられるものに、接種部位の赤み・硬結(しこり)・発熱・腫脹(はれ)などがあります。いずれも一過性で数日に消失します。まれに生じる重い副反応としては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、脳炎、けいれん、神経障害などが報告されています。

接種年月日			
電話番号			
接種する方の氏名		性別	男・女
接種する方の生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	体温	度 分

4種混合(DPT-IPV)予防接種予診票 第 回

接種歴を記入してください。	4種混合(DPT-IPV)	3種混合(DPT)	ポ リ オ
1回目	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日(生・不活化)
2回目	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日(生・不活化)
3回目	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日(生・不活化)
4回目	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日(生・不活化)

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うるま市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	あなたのお子さん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。 出生時に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体の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ください ()	はい	いいえ	
4	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
6	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
7	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか。 病名 () 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も良いと言われましたか。	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。() 歳頃 そのとき熱がでましたか。	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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
11	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
12	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
 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。
医師署名

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに (同意します ・ 同意しません) *かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 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。
 このことを理解のうえ、本予診票がうるま市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接 種 量	接種医師及び接種医療機関
ワクチン名 Lot No. (注)期限が切れていないか確認	0.5ml 接種部位(右・左)	