

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

D T 予 防 接 種 予 診 票

※13歳の誕生日前日までが接種期限です

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 っ た あ る	な っ か っ た な っ 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	近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	は い	いいえ	
11	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 ()	あ る	な い	
12	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	
13	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けたことがありますか。	は い	いいえ	
14	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、副反応について説明しました。

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要確認	0.1ml 接種部位 (右・左)	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、予防接種の予防効果が十分に出ないことがあります。* 予診票に記入し、親子健康手帳を持参のうえ接種してください。定期予防接種範囲内の料金は無料です。

DT（ジフテリア・破傷風）予防接種

DTワクチンについて

DT予防接種は、乳幼児期に接種した三種混合ワクチンや四種混合ワクチンの効果を持続させるために行う予防接種です。

- **対象年齢** 11歳～13歳未満（13歳の誕生日前日まで）
※標準として、11歳の間接種します
- **接種回数** 1回
- **接種料金** 無料(全額公費)
- **実施場所** 個別予防接種医療機関一覧(別紙)

※通知に行き違いの場合がありますので、母子手帳と照合して受けてください

※接種の際には母子手帳と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

※これまでに受けた三種混合ワクチンや四種混合ワクチンの接種回数に不足がある場合は、今回受けるDTの接種だけでは免疫効果が不十分な場合があります。今後、任意(自己負担)による追加接種を希望する場合は、接種回数・間隔について医師にご相談下さい

ジフテリア（D）

ジフテリア菌の飛沫感染で起こる病気です。主にのどに感染しますが、鼻にも感染します。症状は、高熱、のどの痛み、犬が吠えるようなせき、嘔吐などで、のどに偽膜と呼ばれる膜ができて窒息死することもあります。また、この菌は、発病2～3週間後にジフテリア毒素を大量に出して神経や心臓の筋肉を侵すため、心筋障害や神経麻痺を起こし、突然心筋梗塞で死亡することもあり注意が必要です。

破傷風（T）

破傷風菌は、人から人へ感染するのではなく、土の中に潜んでいる菌が、傷口から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、菌の出す毒素により顔の筋肉が動かしくくなって引きつったり、口が開けにくくなるなどの症状があるほか、全身の筋肉が縮んでけいれんが起こり、死亡にいたることもあります。土の中などの身近に菌がいるため、感染の可能性が多いうえに、この菌の免疫は予防接種でしかつけることができないので、ぜひ接種してください。

DT予防接種の副反応

DT予防接種は、DTトキソイドという不活化ワクチンを接種します。DTトキソイド接種後の副反応としては、注射部位の赤み・はれ・しこり・痛みなどの局所反応が主で、接種回数を重ねるごとに反応が強くなる傾向があります。赤みやはれなどは一過性で数日中に消失しますが、しこりは1～2週間残ることがあります。注射部位以外の副反応としては、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛などがみられますが、いずれも一過性で数日中に消失します。重大な副反応として、まれにショック、アナフィラキシー、じんましん、呼吸困難、血管浮腫、脳炎、神経障害等があらわれることがあります。接種後は観察を十分に行ってください。

