二種混合（DT）トキソイド予防接種　予診票

（ジフテリア・破傷風）

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日生
（保護者の氏名）				（　　歳　　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 今までに四種混合（DPT-IPV）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
3. 今までに三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
4. 今までに二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　　トキソイド）	ない	
5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状（　　）	ある	ない	
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名（　　）	はい	いいえ	
7. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
8. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名（　　）	はい	いいえ	
9. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）　接種日（　　/　　）	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 予防接種名（　　）　具体的な症状（　　）	ある	ない	
11. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか 病名（　　）	ある	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
12. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか （　　）歳頃	ある	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　　℃）	いいえ	
13. 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　症状（　　）	ある	ない	
14. 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	いる	いない	
15. 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	
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド DTビック Lot No.	（皮下接種） 0.1mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　　月　　日　　時　　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

5DTF304C-　2020年9月作成
（審）20Ⅶ049

二種混合(DT)トキソイドの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチンの接種により、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹(はれ)、疼痛、硬結(しこり)などが認められることがありますが、いずれも一過性で、通常2～3日で消失します。ただし、硬結は1～2週間残存することがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応があらわれることがありますが、通常、数日中に消失します。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(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)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。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に二種混合トキソイドに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
④ その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 二種混合トキソイドの成分に対してアレルギーを起こす可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
② 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ことはやめましょう。
③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5DTF304C-
2020年9月作成
(審)20VⅢ049

二種混合(DT)トキソイドの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチンの接種により、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹(はれ)、疼痛、硬結(しこり)などが認められることがありますが、いずれも一過性で、通常2～3日で消失します。ただし、硬結は1～2週間残存することがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応があらわれることがありますが、通常、数日中に消失します。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(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)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。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に二種混合トキソイドに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
④ その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 二種混合トキソイドの成分に対してアレルギーを起こす可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
② 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ことはやめましょう。
③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5DTF304C-
2020年9月作成
(審)20Ⅷ049

二種混合（DT）トキソイド予防接種　予診票

（ジフテリア・破傷風）

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生
予防接種を受ける人の氏名				（　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 今までに四種混合（DPT-IPV）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
3. 今までに三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
4. 今までに二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　トキソイド）	ない	
5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか　具体的な症状（　）	ある	ない	
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか　病名（　）	はい	いいえ	
7. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか　病名（　）	はい	いいえ	
8. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか　病名（　）	はい	いいえ	
9. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　）　接種日（　/　）	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　予防接種名（　）　具体的な症状（　）	ある	ない	
11. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか　病名（　）	ある	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
12. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか　（　）歳頃	ある	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　℃）	いいえ	
13. 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　症状（　）	ある	ない	
14. 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	いる	いない	
15. 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	
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド DTビック Lot No.	（皮下接種） 0.1mL	実施場所 医師名 接種日時　年　月　日　時　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

5DTF304C-　2020年9月作成
（審）20Ⅶ049

水痘ワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

水痘ワクチンの免疫獲得率は高く、ワクチン接種を受けた人の90%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。

副反応としては、ワクチンの接種直後から翌日に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種後1～3週間ごろに発熱、発疹、水疱性発疹がみられることがありますが、通常、数日中に消失します。また、帯状疱疹になることがありますが、ワクチン接種を受けない場合とくらべて、同じか低い頻度です。局所症状として発赤、腫脹、硬結などがみられることがあります。アナフィラキシー(全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しいなど)や、血小板減少性紫斑病(鼻血、歯ぐきの出血、あおあざができる、出血が止まりにくいなど)、無菌性髄膜炎(発熱、吐き気、頭痛、うなじがこわばり固くなって首を前に曲げにくいなど)がみられることがあります。何か異常が認められた場合には、すぐに医師に申し出てください。

<予防接種を受けるときの注意>

①水痘ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。
⑦予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1か月間は避妊しておきましょう。

<予防接種を受けることができない人>

①明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去に水痘ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
④妊娠していることが明らかな人
⑤その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

①心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全の人がいる人
⑧水痘ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
⑩妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後4週間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
⑥接種後2か月間は妊娠しないように注意してください。

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　　分頃おこしください	

5SIT304M・ 2020年9月作成 (審)20Ⅶ047

水痘ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
（保護者の氏名）				（　歳　か月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	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（具体的に）	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
5. 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
6. 最近1か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
7. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
8. 今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（具体的に）	ない	
9. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
10. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある （ごろ　回くらい 最後は　年　月ごろ）	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	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（薬、食品名）	ない	
12. 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	いる（予防接種名）	いない	
13. 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	
※ 14. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
15. 【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
2) 接種後2か月間の避妊について説明を受けましたか	はい	いいえ	
16. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した　　医師の署名又は記名押印

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、接種を希望しますか。（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
水痘ワクチン「ビケン」 Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

※（注）ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3～6か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

5SIT304M-　2020年9月作成　（審）20Ⅲ047

水痘ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL (　　)　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
(保護者の氏名)				(　歳　か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある (具体的に)	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 (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
5. 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
6. 最近1か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない	
7. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名)	いいえ	
8. 今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 (具体的に)	ない	
9. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある (具体的に)	ない	
("ある"の場合) 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良いといわれましたか	はい	いいえ	
10. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	ある (ごろ　回くらい 最後は　年　月ごろ)	ない	
("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか	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 (薬、食品名)	ない	
12. 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	いる (予防接種名)	いない	
13. 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	
※ 14. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
15. 【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
2) 接種後2か月間の避妊について説明を受けましたか	はい	いいえ	
16. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (　可能　・　見合わせる　)
本人 (もしくは保護者) に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した

医師の署名又は記名押印

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、接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名 (もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
水痘ワクチン「ビケン」 Lot No.	(皮下接種) 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時　年　月　日　時　分

※ (注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3～6か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

5SIT304M・ 2020年9月作成　(審)20Ⅲ047

水痘ワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

水痘ワクチンの免疫獲得率は高く、ワクチン接種を受けた人の90%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。

副反応としては、ワクチンの接種直後から翌日に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種後1～3週間ごろに発熱、発疹、水疱性発疹がみられることがありますが、通常、数日中に消失します。また、帯状疱疹になることがありますが、ワクチン接種を受けない場合とくらべて、同じか低い頻度です。局所症状として発赤、腫脹、硬結などがみられることがあります。アナフィラキシー（全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しいなど）や、血小板減少性紫斑病（鼻血、歯ぐきの出血、あおあざができる、出血が止まりにくいなど）、無菌性髄膜炎（発熱、吐き気、頭痛、うなじがこわばり固くなって首を前に曲げにくいなど）がみられることがあります。何か異常が認められた場合には、すぐに医師に申し出てください。

<予防接種を受けるときの注意>

①水痘ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。
⑦予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1か月間は避妊しておきましょう。

<予防接種を受けることができない人>

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去に水痘ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④妊娠していることが明らかな人
⑤その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

①心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全の人がいる人
⑧水痘ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
⑩妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後4週間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
⑥接種後2か月間は妊娠しないように注意してください。

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　　分頃おこしください	

5SIT304M-　2020年9月作成　（審）20Ⅷ047

ジフテリアトキソイドの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ジフテリアは、ジフテリアトキソイド接種で抗毒素が産生され、免疫を獲得することで予防できます。ただし、その後、抗体価は低下するため、感染防御効果に有効な抗毒素量を維持するためには追加接種が必要です。副反応としては、全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など、また局所症状として発赤、腫脹、疼痛、硬結などがみられることがありますが、いずれも一過性で2～3日中に消失します。ただし、硬結は1～2週間残ることがあります。

〈予防接種を受けるときの注意〉

①ジフテリアトキソイドの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける場合、母子手帳を持っていきましょう。

〈予防接種を受けることができない人〉

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去にジフテリアトキソイドに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧ジフテリアトキソイドに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
⑩妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5SJF303B-　2020年9月作成
（審）20Ⅷ171

ジフテリアトキソイド予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受けられ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	はい	
2.今までにDPTワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)、DTトキソイド(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)、いずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　　ワクチン）	ない	
3.今までにジフテリアトキソイドを接種したことがありますか	ある（　ごろ　回接種）	ない	
4.今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5.現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6.最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7.最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8.最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9.今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(具体的に)	ない	
10.今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない	
("ある"の場合)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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11.今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
("ある"の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(　　℃)	いいえ	
12.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(薬、食品名)	ない	
13.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	いる(予防接種名)	いない	
14.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	
15.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16.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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

本人(もしくは保護者)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ついて、説明した　　医師の署名又は記名押印

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックをいれてください 成人用沈降ジフテリアトキソイド □ジフトキ「ビケンF」 Lot No.	(皮下接種) mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

5SJF303B-　2020年9月作成
(審)20Ⅷ171

ジフテリアトキソイドの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ジフテリアは、ジフテリアトキソイド接種で抗毒素が産生され、免疫を獲得することで予防できます。ただし、その後、抗体価は低下するため、感染防御効果に有効な抗毒素量を維持するためには追加接種が必要です。副反応としては、全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など、また局所症状として発赤、腫脹、疼痛、硬結などがみられることがありますが、いずれも一過性で2～3日中に消失します。ただし、硬結は1～2週間残ることがあります。

〈予防接種を受けるときの注意〉

①ジフテリアトキソイドの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける場合、母子手帳を持っていきましょう。

〈予防接種を受けることができない人〉

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去にジフテリアトキソイドに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧ジフテリアトキソイドに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
⑩妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5SJF303B・ 2020年9月作成
（審）20Ⅷ171

ジフテリアトキソイド予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　－		
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
（保護者の氏名）				（　歳　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受けられ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	はい	
2.今までにDPTワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)、DTトキソイド(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)、いずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　ワクチン）	ない	
3.今までにジフテリアトキソイドを接種したことがありますか	ある（　ごろ　回接種）	ない	
4.今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5.現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6.最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7.最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8.最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9.今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(具体的に)	ない	
10.今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない	
("ある"の場合)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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11.今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
("ある"の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(　℃)	いいえ	
12.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(薬、食品名)	ない	
13.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	いる(予防接種名)	いない	
14.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	
15.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16.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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

本人(もしくは保護者)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ついて、説明した　　医師の署名又は記名押印

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックをいれてください 成人用沈降ジフテリアトキソイド □ジフトキ「ビケンF」 Lot No.	(皮下接種) mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

5SJF303B-　2020年9月作成
(審)20Ⅷ171

四種混合ワクチン（DPT-IPV）予防接種　予診票

任意接種用

（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ（セービン株）混合ワクチン）

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

接種回数	初回免疫（ 1回 ・2回 ・3回 ）・追加免疫	診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　－		
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. お子さんは、四種混合ワクチン（DPT-IPV）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
3. お子さんは、経口生ポリオワクチン（OPV）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回		
4. お子さんは、不活化ポリオワクチン（IPV）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
5. お子さんは、三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
6. お子さんは、二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　　トキソイド）	ない	
7. 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	ある	ない	
出生後に異常がありましたか	ある	ない	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
8. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状（　　）	ある	ない	
9. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
10. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名（　　）	はい	いいえ	
11. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）　接種日（　　/　　）	はい	いいえ	
12. 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 予防接種名（　　）　具体的な症状（　　）	ある	ない	
13. 今までに特別な病気（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、医師の診察を受けたことがありますか 病名（　　）	ある	ない	
（“ある”の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
14. 今までに、ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか （　　）歳頃	ある	ない	
（“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　　℃）	いいえ	
15. 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　症状（　　）	ある	ない	
16. 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	いる	いない	
17. 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	
18. 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：以上の問診および診察の結果、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、副反応およ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。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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	接種量	実施場所・医師名・接種日時
テトラビック皮下注シリンジ Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

54KT315C-　2020年9月作成
（審）20Ⅲ043

四種混合ワクチン（DPT-IPV）の予防接種を受けられる方へ

〈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（急性灰白髄炎）に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結（しこり）、腫脹（はれ）など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、咳嗽（せき）、鼻漏（はなみず）、下痢、発しんなど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週間ごろにあらわれる紫斑、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（接種直後から数日ごろまで）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。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に四種混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④ その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 四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のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
② 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ことはやめましょう。
③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう。
④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

54KT315C-
2020年9月作成
（審）20Ⅶ043

四種混合ワクチン(DPT-IPV)の予防接種を受けられる方へ

〈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(急性灰白髄炎)に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結(しこり)、腫脹(はれ)など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、咳嗽(せき)、鼻漏(はなみず)、下痢、発しんなど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週間ごろにあらわれる紫斑、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(接種直後から数日ごろまで)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。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に四種混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
④ その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 四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のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
② 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ことはやめましょう。
③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう。
④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

54KT315C-
2020年9月作成
(審)20VⅢ043

四種混合ワクチン（DPT-IPV）予防接種　予診票

任意接種用

（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ（セービン株）混合ワクチン）

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

接種回数	初回免疫（ 1回 ・2回 ・3回 ）・追加免疫	診察前の体温	度　分

住　所	TEL（　　）　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
（保護者の氏名）				（　歳　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. お子さんは、四種混合ワクチン（DPT-IPV）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
3. お子さんは、経口生ポリオワクチン（OPV）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回		
4. お子さんは、不活化ポリオワクチン（IPV）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
5. お子さんは、三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
6. お子さんは、二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　トキソイド）	ない	
7. 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	ある	ない	
出生後に異常がありましたか	ある	ない	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
8. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状（　　）	ある	ない	
9. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
10. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名（　　）	はい	いいえ	
11. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）　接種日（　/　）	はい	いいえ	
12. 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 予防接種名（　　）　具体的な症状（　　）	ある	ない	
13. 今までに特別な病気（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、医師の診察を受けたことがありますか 病名（　　）	ある	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
14. 今までに、ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか （　　）歳頃	ある	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　℃）	いいえ	
15. 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　症状（　　）	ある	ない	
16. 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	いる	いない	
17. 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	
18. 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：以上の問診および診察の結果、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、副反応およ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。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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	接種量	実施場所・医師名・接種日時
テトラビック皮下注シリンジ Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時　年　月　日　時　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

54KT315C-　2020年9月作成
（審）20Ⅲ043

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　－		
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受けられ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	はい	
2.今までに従来の日本脳炎ワクチンまたは乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを接種したことがありますか。	ある（　ごろ　回接種）	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（具体的に）	ない	
4.現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
5.最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
6.最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
7.最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
8.今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（具体的に）	ない	
9.今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
10.今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	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（薬、食品名）	ない	
12.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	いる（予防接種名）	いない	
13.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	
14.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15.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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

保護者に対して、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ついて、説明した　　医師の署名

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、接種を希望しますか。　（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン ジェービックV® Lot No.	（皮下接種） mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

5NW-314F-　2020年9月作成　（審）20Ⅶ156

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

日本脳炎ワクチンの免疫獲得率については、ワクチン接種を２回受けた人の80%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。

副反応としては、全身症状として、発疹、咳、嘔吐、下痢、鼻汁、発熱、頭痛、鼻出血、倦怠感など、また局所症状として紅斑、腫脹、疼痛、かゆみなどがみられることがありますが、通常、数日中に消失します。非常にまれですが、ショックやアナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から２週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、けいれん、血小板減少性紫斑病（接種後数日から３週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、脳炎・脳症がみられることがあります。

〈予防接種を受けるときの注意〉

①日本脳炎ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

〈予防接種を受けることができない人〉

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去に日本脳炎ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、２日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧日本脳炎ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5NW-314F-　2020年9月作成　（審）20Ⅶ156

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

日本脳炎ワクチンの免疫獲得率については、ワクチン接種を２回受けた人の80%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。

副反応としては、全身症状として、発疹、咳、嘔吐、下痢、鼻汁、発熱、頭痛、鼻出血、倦怠感など、また局所症状として紅斑、腫脹、疼痛、かゆみなどがみられることがありますが、通常、数日中に消失します。非常にまれですが、ショックやアナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から２週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、けいれん、血小板減少性紫斑病（接種後数日から３週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、脳炎・脳症がみられることがあります。

〈予防接種を受けるときの注意〉

①日本脳炎ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

〈予防接種を受けることができない人〉

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去に日本脳炎ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、２日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧日本脳炎ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5NW-314F　2020年9月作成　(審)20Ⅶ156

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
（保護者の氏名）				（　歳　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受けられ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	はい	
2.今までに従来の日本脳炎ワクチンまたは乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを接種したことがありますか。	ある（　ごろ　回接種）	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（具体的に）	ない	
4.現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
5.最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
6.最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
7.最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
8.今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（具体的に）	ない	
9.今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
10.今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	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（薬、食品名）	ない	
12.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	いる（予防接種名）	いない	
13.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	
14.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15.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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

保護者に対して、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ついて、説明した　　医師の署名

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン ジェービックV® Lot No.	（皮下接種） mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

5NW-314F-　2020年9月作成　（審）20Ⅶ156

三種混合ワクチン（DPT）予防接種　予診票

任意接種用

（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

接種回数	初回免疫（ 1 ・ 2 ・ 3回目）・追加免疫（　　回目）	診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ		男・女	生年月日	年　　月　　日生
予防接種を受ける人の氏名				
（保護者の氏名）				（　　歳　　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 今までに四種混合（DPT-IPV）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
3. 今までに三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
4. 今までに二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　　トキソイド）	ない	
5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか　具体的な症状（　　）	ある	ない	
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか　病名（　　）	はい	いいえ	
7. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか　病名（　　）	はい	いいえ	
8. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか　病名（　　）	はい	いいえ	
9. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　　）　接種日（　　/　　）	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　予防接種名（　　）　具体的な症状（　　）	ある	ない	
11. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか　病名（　　）	ある	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
12. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか　（　　）歳頃	ある	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　　℃）	いいえ	
13. 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　症状（　　）	ある	ない	
14. 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	いる	いない	
15. 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	
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
トリビック Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　　月　　日　　時　　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

53TR307C-　2020年9月作成
（審）20Ⅲ045

三種混合ワクチン(DPT)の予防接種を受けられる方へ

〈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、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結(しこり)、腫脹(はれ)、そう痒感(かゆみ)、疼痛、熱感など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、発しん、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。硬結は1か月以上残ることがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応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週間ごろにあらわれる紫斑、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(接種直後から数日ごろまで)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。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に三種混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、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くてはならない人〉

① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 三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のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 予防接種を受けたあとの30分間は体調に変化がないか接種場所で様子をみましょう。やむをえず帰る場合は、すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応が、この間に起こることがまれにあります。
② 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
③ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
④ 接種当日は接種前も含め、はげしい運動は避けましょう。
⑤ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

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　　分頃おこしください	

53TR307C-
2020年9月作成
(審)20VⅢ045

三種混合ワクチン(DPT)の予防接種を受けられる方へ

〈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、ジフテリアおよび破傷風に対する抗体ができることで、これらの疾患の発症を予防する効果が期待できます。

副反応としては、注射部位の症状として紅斑、硬結(しこり)、腫脹(はれ)、そう痒感(かゆみ)、疼痛、熱感など、全身症状として発熱などがあらわれるほか、発しん、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。硬結は1か月以上残ることがあります。2回以上接種した人には、ときに強い局所反応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週間ごろにあらわれる紫斑、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(接種直後から数日ごろまで)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。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に三種混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、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くてはならない人〉

① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 三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のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 予防接種を受けたあとの30分間は体調に変化がないか接種場所で様子をみましょう。 やむをえず帰る場合は、すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応が、この間に起こることがまれにあります。
② 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
③ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
④ 接種当日は接種前も含め、はげしい運動は避けましょう。
⑤ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

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　　分頃おこしください	

53TR307C-
2020年9月作成
(審)20VⅢ045

三種混合ワクチン（DPT）予防接種　予診票

任意接種用

（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

接種回数	初回免疫（1・2・3回目）・追加免疫（　回目）	診察前の体温	度　分

住　所	TEL（　）　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 今までに四種混合（DPT-IPV）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
3. 今までに三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか	ある（　歳ごろ　回接種）	ない	
4. 今までに二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　トキソイド）	ない	
5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状（　）	ある	ない	
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名（　）	はい	いいえ	
7. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名（　）	はい	いいえ	
8. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名（　）	はい	いいえ	
9. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　）　接種日（　/　）	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 予防接種名（　）　具体的な症状（　）	ある	ない	
11. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか 病名（　）	ある	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
12. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか （　）歳頃	ある	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか	はい（　℃）	いいえ	
13. 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　症状（　）	ある	ない	
14. 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	いる	いない	
15. 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	
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
トリビック Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所 医師名 接種日時　年　月　日　時　分

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

53TR307C-　2020年9月作成
（審）20Ⅲ045

麻しん風しん混合ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
（保護者の氏名）				（　歳　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　ワクチン）	ない	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
6. 最近１カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7. 最近１カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
8. 最近１カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9. 今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（具体的に）	ない	
10. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
12. 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（薬、食品名）	ない	
13. 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	いる（予防接種名）	いない	
14. 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	
※ 15. 最近６カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
16.【ご婦人の方に】 1）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
2）接種後２カ月間の避妊について説明を受けましたか	はい	いいえ	
17. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

保護者に対して、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ついて、説明した　　医師の署名

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ミールビック®	（皮下接種）	実施場所
Lot No.	mL	医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

※（注）ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3～6カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

5MR-304H-　2020年9月作成
（㈱）20Ⅶ169

麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

麻しん風しん混合ワクチンは、1回の接種で、麻しんおよび風しんに対する免疫を獲得することができます。副反応としては、ワクチンの接種直後から数日中に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種5～14日後に1～3日間のだるさ、不機嫌、発熱、発疹、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、疼痛などがみられることがあります。非常にまれですが、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）、血小板減少性紫斑病（接種後数日から3週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間程度に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、脳炎・脳症、けいれんがみられることがあります。

<予防接種を受けるときの注意>

①麻しん風しん混合ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。
⑦予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

<予防接種を受けることができない人>

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去に麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④妊娠していることが明らかな人
⑤お医者さんより免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
⑥その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
⑩妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後2～3週間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
⑥接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

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　　分頃おこしください	

5MR-304H-　2020年9月作成　（審）20Ⅶ169

麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

麻しん風しん混合ワクチンは、1回の接種で、麻しんおよび風しんに対する免疫を獲得することができます。副反応としては、ワクチンの接種直後から数日中に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種5～14日後に1～3日間のだるさ、不機嫌、発熱、発疹、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、疼痛などがみられることがあります。非常にまれですが、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）、血小板減少性紫斑病（接種後数日から3週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間程度に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、脳炎・脳症、けいれんがみられることがあります。

<予防接種を受けるときの注意>

①麻しん風しん混合ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。
⑦予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

<予防接種を受けることができない人>

①明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③過去に麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④妊娠していることが明らかな人
⑤お医者さんより免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
⑥その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
⑩妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後2～3週間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
⑥接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

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　　分頃おこしください	

5MR-304H-　2020年9月作成　（審）20Ⅶ169

麻しん風しん混合ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられ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	はい	
2. 今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　ワクチン）	ない	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
6. 最近１カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7. 最近１カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
8. 最近１カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9. 今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（具体的に）	ない	
10. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（"ある"の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
（"ある"の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
12. 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（薬、食品名）	ない	
13. 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	いる（予防接種名）	いない	
14. 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	
※ 15. 最近６カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
16.【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
2) 接種後２カ月間の避妊について説明を受けましたか	はい	いいえ	
17. 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：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

保護者に対して、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ついて、説明した　　医師の署名

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、接種を希望しますか。　（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ミールビック ® Lot No.	（皮下接種） mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

※（注）ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3～6カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

5MR-304H-　2020年9月作成
（審）20Ⅶ169