

破傷風トキソイド 接種申込書・予診票

任意接種用

本予診票は予防接種時のみ使用してください。



販売提携（資料請求先）

ジャパンワクチン株式会社

東京都千代田区四番町6



販売元

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

製造販売元

北里第一三共ワクチン株式会社

埼玉県北本市荒井六丁目111番地

破傷風トキソイドの接種を受けられる方へ

1. 破傷風とその症状

破傷風は破傷風菌の感染によって起こる感染症ですが、人から人へ伝染する疾患ではありません。破傷風菌は土壌中に存在し、世界中どこにでもいるので、いつでも感染の危険性があります。破傷風菌は汚れた深い創傷、火傷から体内に侵入し、7～12日の潜伏期の後、咬筋のけいれんによる開口障害で発症し、顔面筋のけいれんによる痙攣に始まり、数日以内に全身の筋肉の強直、強直性けいれん発作を頻発します。意識障害はなく、呼吸筋のけいれんや、日光、騒音等の刺激で全身強直をきたし死亡することが多い重篤な疾患です。

破傷風菌の出す毒素は微量で非常に強い毒性を発揮しますが、この菌の自然感染によって免疫を獲得することはありません。そのため予防接種によって免疫を獲得する以外に有効な対策はありません。

2. 破傷風トキソイドの効果と副反応

破傷風に対する予防接種はDPT-IPV四種混合ワクチン(場合によってDPTワクチン)、DTトキソイドが使用されますが、ここでは沈降破傷風トキソイドについて説明致します。

生後3～90ヵ月未満の者及び11・12歳の者については、定期接種としてDPTワクチンあるいはDTトキソイドで予防接種を行っています。

その他、野外での工事関係者、農業従事者、消防関係等の感染の危険度の高い人は言うに及ばず抗体を持たない人も、現在ではトキソイド以外に予防方法はありませので、接種しておくことをお勧めします。また、状況により妊婦への接種も可能です。

副反応としては、局所の発赤・腫脹、疼痛、硬結等、また、全身反応として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、まれに下痢、めまい、関節痛等を認めることがあります。いずれも一過性で2～3日中に消失します。ただし、局所の硬結は1～2週間残存することがあります。また、2回目以降には、ときに著しい局所反応を呈することがありますが、通常、数日中に消失します。

3. 接種を受ける時の注意

- 破傷風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、接種を受ける前に医師に相談しましょう
- 受ける前日は入浴(又はシャワー)をして、体を清潔にしましょう
- 当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところがないことを確認してください
- 清潔な着衣をつけましょう
- 予診票は接種する医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
- 接種を受ける方がお子さまの場合、母子手帳があれば持っていきましょう

4. 次の方は接種を受けないでください

- 明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
- 重い急性疾患にかかっている方
- 本剤の成分によりアナフィラキシー(重いアレルギー反応)を起こしたことがある方
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、医師に接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
- その他、医師に予防接種を行うことが不適當であると判断された方

5. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
- 発育が悪く医師や保健師の指導を継続して受けている方
- カゼなどのひきはじめと思われる方
- 前に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思わす異常がみられた方
- 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 今までにけいれんを起こしたことがある方
- 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことがある方
- 妊娠の可能性のある方

6. 接種後は以下の点に注意してください

- 破傷風トキソイドを受けたあと30分間は、病院にい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ことはやめましょう
- 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう
- 万一、高熱やけいれん等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

「破傷風トキソイド接種申込書・予診票」(裏ページ)にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

| | | | |
|-------|------------------|-------|--|
| 接種予定日 | 月 日()です | 医療機関名 | |
| | 時 分頃までにおこしてください。 | | |