

# 二種混合(ジフテリア・破傷風)Ⅱ期の 予防接種はお済みですか？

二種混合Ⅱ期は、乳幼児期(生後3か月～7歳6か月未満)で接種した三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)Ⅰ期の追加免疫として行います。

対象年齢(無料で接種できる年齢)が、11歳から13歳未満となっているため、本市では、小学校5年生の時(昨年10月頃)に予防接種予診票(無料券)を全員に配付しています。

まだ接種していない方は、13歳になると、全額自己負担になりますので、小学校6年生での接種をお勧めします。

## 接種を受ける場合の注意

- 三種混合Ⅰ期の予防接種を完了しているお子さんが対象になります。
- 市内予防接種(個別)実施医療機関での個別接種になります。
- 接種には、予防接種予診票(裏面見本)、母子健康手帳、保険証が必要です。

(注) ジフテリア・破傷風の病気の説明、ワクチンの副反応、医療機関名簿等は、予診票と一緒に配付した「おしらせ」に記載してありますので、接種前に必ずご覧ください。

※予防接種予診票を紛失された方は、市健康センター内子育て支援課(天童市民病院南隣)で再交付しますので、母子健康手帳をお持ちください。

お問い合わせ先

天童市健康福祉部子育て支援課  
母子保健係 TEL023(652)0882



## 二種混合(ジフテリア・破傷風)予防接種予診票

天童市

《Ⅱ期》

診察前の体温		度	分
住 所	天童市		世帯番号
ふりがな 受ける人の氏名		男	生年
保護者の氏名		女	月日
		平成	年 月 日
		(満	歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配布されている説明書(予防接種と子どもの健康)を読みましたか	はい いいえ	
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	ありましたか ありましたか	あった なかった なかった なかった
乳児健診で異常があるといわれたこと	あった あった ある	なかった なかった ない
今日体に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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名( )	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい いいえ	
生まれてから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)にかかり医師の診断を受けていますか 病名( )	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	はい いいえ	
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	
そのとき熱がでましたか	はい いいえ	
薬や食品で皮ふに、ほっしん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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名( )	あ る な い	
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	はい いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

見本

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上で、接種をすることに(同意します・同意しません)  
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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
保護者の自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種)  ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

(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ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。