

不活化ポリオワクチン接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度		分	
住 所				TEL ()		—	
フリガナ							
受ける人の氏名				男	生年	昭和	年 月 日生
(保護者の氏名)				女	月日	平成	(歳 九月)

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の説明文(裏面)を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	時期()	回数()	
(接種される方がお子さんの場合)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。 乳児健診で異常があると言われたことがありますか。	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。 具体的な症状を書いて下さい。()	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ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、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	
1ヵ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	
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()	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	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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。 薬・食品名()	はい	いいえ	
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。	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。 予防接種の種類()	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注射を受けましたか。	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	

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) 医師の署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及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	用法・用量、接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 : イモバックスポリオ Lot. No. :	皮下接種 0.5 mL 接種部位 左・右()	実施場所 : 太陽クリニック 医師名 : 館岡昇 接種年月日 : 令和 年 月 日

お受けになる前に、必ずお読みください。

不活化ポリオワクチンの接種について

予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さまの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

ポリオ(急性灰白髄炎)について

- ポリオ(急性灰白髄炎)は、ポリオウイルスによる急性ウイルス感染症であり、急性弛緩性麻痺を呈します。
- ポリオウイルスは抗原性によって、1型、2型、3型の3つに分類されます。
- ポリオウイルスに感染しても、ほとんどの場合(90%以上において)、不顕性感染であると言われていています。軽症例では軽い感冒症状、または胃腸症状のみで回復する事が知られていますが、重篤な場合、呼吸筋麻痺や球麻痺等により死亡する場合もあり、発症後、筋力低下、筋緊張低下および筋肉委縮が永続的な後遺症として残ります。
- ポリオの発症は、感染者 200 例中 1 例程度と言われていています。また、ウイルス感染から麻痺発症までの潜伏期間は、3 日から 1 カ月程度までと様々ですが、多くは 4~10 日程度とされています。
- 基本的にポリオに対する治療薬は存在しない事から、ワクチンによるポリオ発症予防および流行阻止が重要です。

ポリオウイルスによる感染を予防する不活化ポリオワクチン

- 不活化ポリオワクチンは 3 価のワクチンです。有効成分として、D抗原量で 40 単位の不活化ポリオウイルス 1 型(Mahoney株)、8 単位の不活化ポリオウイルス 2 型(MEF-1 株)および 32 単位の不活化ポリオウイルス 3 型(Saukett株)の 3 種類を含有しています。
- 不活化ポリオワクチンの接種は、初回免疫については、標準として生後 3 カ月から 3 週間以上の間隔をおいて 3 回接種します。1 回目の追加接種については、初回免疫後 6 カ月以上の間隔をおいて 1 回接種します。
- 不活化ポリオワクチンの初回免疫および追加接種により高い免疫原性(感染から体を守る力)が示されますが、その力は経時的に減弱します。
- 4~6 歳を対象として実施した試験において、2 回目の追加接種により一度減弱した免疫原性が再度高まることが示されています。
- 不活化ポリオワクチンの接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様の副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。最も多くみられるのは接種部位の発赤(赤み)や腫脹(はれ)です。また発熱が接種された人の数%におこります。重い副反応として、次のような副反応が報告されています。(1)ショック・アナフィラキシー、(2)けいれん。
- このワクチンは、製造の初期段階に、ウシの成分(米国、カナダおよびオーストラリア産ウシ血清)が使用されていますがその後の精製工程を経て、製品化されています。また、このワクチンはすでに世界 90 カ国以上で使用されており、1993 年 1 月から 2011 年 6 月までで 2.7 億接種回数分以上が販売されていますが、このワクチンの接種が原因で TSE(伝達性海綿状脳症)にかかったという報告はありません。したがって、理論上のリスクは否定できないものの、このワクチンを接種された人が TSE にかかる危険性はほとんどないものと考えられます。

予防接種を受けることができない方

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃以上の方)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 過去に不活化ポリオワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー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方は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

予防接種を受ける際に医師とよく相談していただく方

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発達障害などの基礎疾患のある方
2. 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱みられた方、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状のみられる方
3. 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
4. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
5. このワクチンの成分に対してアレルギーをおこすおそれのある方
6. ポリペプチド系およびアミノグリコシド系の抗生物質に対してアレルギーの既往のある方(ワクチン製造時にこれらの抗生物質を使用)

予防接種を受けた後の注意

1. 不活化ポリオワクチンを受けたあと 30 分間は、ショックやアナフィラキシーが起こることがありますので、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
3. 接種後、1 週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや機嫌が悪くなったときなどは医師にご相談ください。
4. 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
5. 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。