

ジフテリア・破傷風第2期予防接種はお済みですか？

ジフテリア・破傷風第2期予防接種対象年齢の皆様へ個別通知をお送りしております。
つきましては、同封のお知らせをお読みいただき、京都市の予防接種協力医療機関にご予約のうえ、接種していただきますようご案内します。

すでにジフテリア・破傷風第2期予防接種を接種されたお子様は、再接種不要です。

※ この通知は、すでに接種された方にも届くことがありますが、あらかじめご容赦ください。

1 ジフテリア・破傷風第2期の接種対象年齢

11歳以上13歳未満（標準接種年齢は11歳です。）

2 接種費用

無料

3 その他

子どもの予防接種について、詳しくは京都市ホームページをご覧ください。



(京都市HP)

いつ・どこで接種するか決めましょう！

Step 1

医療機関をさがす・予約する



(協力医療機関はこちら)

〈接種予約の内容をメモしておきましょう〉

・日 時：___月___日（___曜日） 午前・午後___：___

・接種場所：_____

Step 2

予防接種を受ける【無料】

接種当日は、母子健康手帳と、同封の予診票を必ず持参してください。

(京都市外に転出された方は、お住まいの市町村の予防接種担当部署におたずねください)

保護者様

京都市保健福祉局

ジフテリア・破傷風第2期予防接種のお知らせ（説明書）

この予防接種は、予防接種法に基づきジフテリア、破傷風の追加免疫を得るため実施するものです。京都市予防接種協力医療機関のもとで接種を行いますので、説明をお読みいただき、接種を受けるようお勤めします。

◎ 対象者及び接種回数

対象者	接種回数
11歳以上13歳未満の人 (11歳時に接種を受けることが望ましい)	1回

◎ 実施場所

京都市予防接種協力医療機関

◎ 実施期間

年間を通じて実施します。



(協力医療機関はこちら)

◎ 接種方法

京都市予防接種協力医療機関において、予約方式で行います。まず、医療機関に申し込み、接種日時の予約をして、別紙予診票及び予防接種券に必要事項を記入し、指定日時に予防接種を受けてください。

その際、必ず母子健康手帳をご持参のうえ、保護者が同伴してください。

※1 二種混合（ジフテリア・破傷風）予防接種券内に「母子健康手帳番号」記入欄がありますが、空欄のまま構いません。

※2 母子健康手帳番号をご記入の場合、右詰めでお願いいたします。

◎ 接種費用

無料です。

◎ ご注意

以下の項目に該当する人は、受けられません。

- ① 明らかに発熱(通常37.5℃以上をいいます)のある人
- ② 重篤な急性疾患にかかっている人
- ③ ジフテリア・破傷風の予防接種を受けてアナフィラキシー（アレルギー反応）を起こしたことがある人
- ④ その他、医師が不適當な状態と判断した人

※ 疾病によっては、治癒後一定期間予防接種が受けられない場合がありますので、医師にご相談ください。

次の項目に該当する人は、接種前に医師にご相談ください。

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害等の基礎疾患がある人
- ② 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を起こしたことがある人
- ③ 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ④ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑤ 接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれがある人

裏面もご覧ください➡

◎ ジフテリアとは

ジフテリア菌の飛沫感染で起こります。

1981年にジフテリア・百日せき・破傷風混合ワクチン（DPT）が導入され、2000年以降、国内での患者発生はありません。しかし、ジフテリアは感染しても10%程度の人に症状が出るだけで、残りの人は症状が出ない保菌者となり、その人を通じて感染することもあります。

感染は主にのどですが、鼻にも感染します。症状は、高熱、のどの痛み、犬の遠吠えのような咳、嘔吐（おうと）などで、扁桃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。発病2～3週間後には、菌の出す毒素によって心筋障害や神経麻痺を起こすことがありますので、注意が必要です。

◎ 破傷風とは

破傷風菌はヒトからヒトへと感染するものではありません。土の中にいる菌が傷口からヒトの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、菌の出す毒素のために、筋肉のけいれんを起こします。最初は口が開かなくなるなどの症状があらわれ、やがて全身のけいれんを起こすようになり、治療が遅れると死に至ることもある病気です。患者の半数は本人や周りの人では気が付かない程度の軽い刺し傷が原因で感染しています。菌は土の中にいるので、感染する機会は常にあります。

◎ 予防接種による健康被害の救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前又は後に紛れ込んだ感染症等）によるものなのかの因果関係を、予防接種、感染症医療、法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で審議され、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

◎ 予防接種による副反応

接種部位の発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、疼痛などが認められ、時には発熱、頭痛、嘔吐などを伴うこともあります。重い副反応はなくても、体調が悪くなったり、腫脹（はれ）が目立つときなどは医師に相談してください。

予防接種を受ける前に

- 1 前日にお風呂に入って、体を清潔にし、清潔な肌着を着せてください。
- 2 接種当日は通常の生活で構いませんが、激しい運動は避けてください。
- 3 母子健康手帳を忘れた人は、予防接種を受けることができないことがありますので、注意してください。

予防接種を受けた後の注意

- 1 予防接種を受けた後、30分以内に急な副反応が起こることがありますので、注意してください。
- 2 予防接種を受けた後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、接種部位をこすことはやめましょう。
- 4 接種当日は通常の生活で構いませんが、激しい運動は避けてください。
- 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（接種医）の診察を受けてください。その場合、医師の指導があれば、お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室までご連絡願います。

お問合せ先

【おかけ間違いにご注意ください。】

○京都市いつでもコール（TEL：075-661-3755/FAX：075-661-5855）

○京都市保健福祉局医療衛生企画課（TEL：075-222-4421/FAX：075-708-6212）

※お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室でも、ご相談を承ります。

07.07

二種混合(ジフテリア・破傷風) 予防接種予診票

年 月 日記入

※太枠の中のみボールペンで記入してください(鉛筆や消せるボールペンは不可)。

診察前
の体温 度 分

住 所 京都市 区			
(ふりがな) 受ける人の氏名 ()	男・女	生年 月 日	年 月 日生
保護者の氏名 (TEL.)		月 日	(満 歳 か月)

おさんの今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、○で囲んでください。

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の説明書を読みましたか	いいえ	はい	
(2) あなたのお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 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
(3) 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ください ()	はい	いいえ	
(4) 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
(5) 1か月以内に家族や遊び仲間にはしん・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	
(6) 1か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よいといわれましたか	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 そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
(9) 薬や食品で皮膚に発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	
(10) 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	
(11) 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 ()	はい	いいえ	
(12) 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	
(13) 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、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

保護者自署

〈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。

医師署名又は記名押印

(協力医療機関で取り扱っていただくこと)

二種混合 予防接種券

※ボールペンで記入してください(鉛筆や消せるボールペンは不可)。

06

ふりがな 被接種者氏名 男・女

生 年 月 日 (和 曆) 年 月 日 歳 月

母子健康 手帳番号

住 所 京都市 区

電 話 番 号 - -

保 護 者 氏 名

接 種 年 月 日 (和 曆) 年 月 日

以下医療機関記入欄

接種回数

1

接 種 年 月 日 年 月 日 回目

所 在 地 名 称 医 師 名

使用ワクチン	二種混合ワクチン	ロット番号
--------	----------	-------

医師記入欄

※ 特記事項		
※ 異常所見		
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	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	0.1 ml	医師名
有効期限		接種年月日 年 月 日

※必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

来院又は連絡日	月 日	接種後	日目
副 反 応			
発熱	℃	接種後	日目
	℃	接種後	日目
腫脹・硬結	程度 強 ・ 中 ・ 弱	接種後	日目から
	部位 全身 ・ 体の一部 ()		
その他	鼻汁 ・ 不元気 ・ 食欲低下 ・ 咳 ・ その他 ()		
	※接種前湿しんのあった者	状態 増悪 ・ 不変 ・ 軽快	
		大きさ 拡大 ・ 縮小	
再来院日			
治療 ・ 検査 ・ 経過観察	要 ・ 否	カルテ作成 社 ・ 国 ・ 自費、No.	
備 考			

京都市保健福祉局



重要

ジフテリア・破傷風第2期予防接種のお知らせ

**お子様に十分な免疫をつけるためには、
第2期の予防接種が必要です。**

※すでに接種済みの方にも届く場合がございます。
ご了承ください。

差出人



京都市
CITY OF KYOTO

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地

京都市保健福祉局

医療衛生推進室 医療衛生企画課

TEL(075)222-4421 / FAX(075)708-6212