

成人用3種混合ワクチン（Tdap：boostrix®）予防接種 予診票



住所	〒 島根県松江市		診察前の体温		度	分
ふりがな		男・女	生年月日 (満年齢)	平成・令和 (満	年	月 日生 か月)
受ける人の氏名						
保護者の氏名		電話番号	-		-	

下記の質問事項をていねいに読んで**黒のボールペン**でお書きください（○で囲む、または具体的に記入してください）

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応について理解しましたか？	はい	いいえ	
2	輸入ワクチンのため、本ワクチンの副反応のため健康被害が生じて、PMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)による金銭的補償救済の対象となりませんがよろしいですか？	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（ ）	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か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか？ 接種日（ / ） 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
7	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか？	はい	いいえ	
8	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	
9	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？（ ）歳ごろ	はい	いいえ	
	そのとき熱が出ましたか？	はい	いいえ	
10	薬や食品で皮ふに発疹やじんましんがでたり、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	
11	これまで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（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
12	近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ	
13	(12歳以上の女性の場合) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？	はい	いいえ	
14	今日の予防接種について質問がありますか？ ()	はい	いいえ	

医師記入欄	問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。	医師署名または記名押印
-------	--	-------------

保護者記入欄	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うえで予防接種を希望します。	本人または保護者署名
--------	---	------------

ワクチン名	メーカー/ロット	接種量	実施場所：島根県松江市上乃木4丁目10-27 くれこどもクリニック
Boostrix		0.5ml（左・右）	医師名： 呉 彰
			接種年月日：



成人用3種混合ワクチン（Tdap：boostrix®）説明書

■投与目的：Boostrixは、10歳以上の人における破傷風、ジフテリア、百日咳症に対するブースター免疫のために使用される。

■投与スケジュール

最後の3種混合もしくは4種混合ワクチンから5年以上あけて1回投与。

その後は9年以上の間をあけて追加投与を行っていく。

■副反応

ワクチン副反応として、注射部位の痛み、発赤、腫脹、頭痛、疲労、胃腸症状が認められた。

(参考：本ワクチン(Tdap ワクチン:boostrix)とDT ワクチン(2種混合ワクチン)の比較)

	Tdap ワクチン (Boostrix)	DT ワクチン
注射部位の痛み	75.3%	71.7%
注射部位の発赤	22.5%	19.8%
注射部位の腫脹	21.1%	20.1%
頭痛	43.1%	41.5%
疲労	37%	36.7%
胃腸症状	26%	25.8%
37.5℃以上の発熱	13.5%	13.1%

■使用にあたり注意を要する者

・過去に破傷風トキソイド、ジフテリアトキソイド、または百日咳抗原含有ワクチン、または Boostrix の任意の成分、に重度のアレルギー反応があった者

・ Boostrix シリンジの先端キャップに天然ゴムが使用されているため、ラテックスアレルギーの人

■副作用救済制度について

本ワクチンは輸入ワクチンであるため、PMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）による金銭的救済制度の対象外となります。

金銭的な救済は受けることができませんが、副作用に対する治療に対しては、保険診療として通常通りに受けることができます。