平成4年度 後期予防接種日程表

三種混合（DPT）麻しん・MMRは医療機関で実施

母子健康手帳・印鑑を忘れずに

三種混合（DPT）の予防接種は、四月から医療機関接種になりました。麻しん（またはMMR）同様、お子さんの健康状態の良い時に、近くの医療機関で接種を受けてください。無料で受けられます。

接種できる医療機関名簿は保健所、地区事務所などに備えてあります。接種日・時間は医療機関にあらかじめ問い合わせてください。

接種時には対象年齢、ほかの予防接種との間隔を確認の上、問診票（紙面から切り取る）、母子健康手帳、印鑑、筆記用具をお持ちください。なお百日せきにかかったなどの理由により、三種混合の接種が不適当な人は二種混合接種（集団）を生後六カ月以降に受けてください。

問い合わせ
東保健所保健予防課（防疫係）☎243―5311
西保健所保健予防課（防疫係）☎266―5171

接種を受けられない人

①発熱している人、または著しい栄養障害のある人
②心臓血管系の病気、腎臓病または肝臓病にかかっている人で現在具合の悪い人
③予防接種液の成分によってアレルギーを起こす恐れのある人、アレルギー体質の人、またはけいれん体質の人
④以前に予防接種を受けて重い副反応を起こしたことがある人
⑤接種を受ける前一年以内に、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
⑥一カ月以内に、急性灰白髄炎（小児まひ）、BCG、麻しん（はしか）、MMR、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそうのいずれかの予防接種を受けた人
⑦一週間以内にその他の予防接種（百日せき、ジフテリア、破傷風、インフルエンザ、日本脳炎、B型肝炎、ワイルなど）を受けた人
⑧一カ月以内に麻しん（はしか）、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった人
⑨急性灰白髄炎（小児まひ）の予防接種では、現在下痢をしている人、または一カ月以内に家族や遊び仲間で麻しん（はしか）、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった方がいる人
⑩そのほか予防接種を行うことが不適当な状態にある人

受ける前と受ける時の注意

①予防接種には思いがけない副反応が伴う場合があります。健康状態の良いときに受けてください
②健康状態を知るためにかかりつけの医師の健康診断を受けましょう
③接種を受ける日の前日に入浴し、清潔な肌着を着用してください
④病気などの連絡事項がありましたら、問診票のその他欄に記入してください
⑤接種当日の朝と昼には家庭で必ず体温を測り、問診票に記入してください
⑥問診票をよく読み、問診事項を正確に記入し押印のうえ、母子健康手帳とともに忘れずにお持ちください。また、お子さんの健康状態をよく知っている保護者同伴でお出かけください

接種のあとの注意

①接種のあとはなるべく早く帰宅して静かに休み、受けた日は激しい運動や入浴は避けてください
②接種部位は清潔にしておいてください
③接種後その部位が赤くなったり、痛んだり、軽いだるさ、頭痛、発熱、寒気がすることがありますが、普通は二、三日中に自然になくなります。しかし、高熱やけいれん、その他異常な症状が出たときはすぐに医師の診察を受けるとともに、保健所へ連絡してください
④急性灰白髄炎（小児まひ）の生ワクチンの投与を受けたお子さんの入浴は差しつかえありませんが、三十分くらいはミルクなどの飲食を避けてください。また、投与を受けた後、二週間くらいは抜歯、へんとう腺の手術などは避けてください

対象者

医療機関接種

◎三種混合DPT（ジフテリア・百日せき・破傷風）
第1期……**3週間から8週間の間隔をおいて3回接種を受けます。**
生後6カ月から生後48カ月（満4歳）になるまでの乳幼児で初めて受ける人。
第2期……1回接種を受けます。
第1期の3回目を受けてから12カ月以上経過し18カ月になるまでの人。
㊟三種混合の第1期を完了したのち、18カ月を超えた人でも、生後66カ月（満5歳半）になるまでの人は第2期を受けられます。
なるべく、生後48カ月になるまでに第1期・第2期とも完了してください。

◎麻しん（はしか）またはMMR（麻しん・おたふくかぜ・風しん）
生後12カ月（満1歳）から生後72カ月（満6歳）になるまでの幼児。
1回接種を受けます。夏期を除き1年中受けられます。原則として麻しん単独ワクチンの接種ですが、希望すればMMRワクチンの接種ができますので、接種医とよく相談してください。
なるべく生後36カ月になるまでに完了してください。

集団接種

◎急性灰白髄炎（小児まひ）
生後3カ月から生後48カ月（満4歳）になるまでの乳幼児。
1回目……初めて受ける人。
2回目……これまでに1回目の投与を受けた人。
（通常、前期に1回目を受けた人は後期に2回目を、後期に1回目を受けた人は翌年度2回目を受けることになります）
なるべく、生後18カ月になるまでに2回目を完了してください。

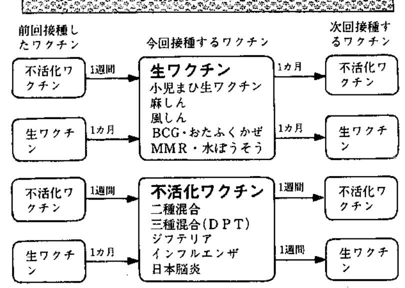
◎二種混合（ジフテリア・破傷風）
この二種混合の対象者は、原則として、三種混合の接種対象期間を過ぎたために三種混合を受けられなくなったなどの幼児です。したがって、三種混合を接種できる人または三種混合を第2期まで完了した人は、この二種混合を受ける必要はありません。
第1期……3週間から8週間の間隔をおいて3回接種を受けます。
(1)生後6カ月から生後72カ月（満6歳）になるまでの人で、三種混合の接種は不適当であるが、二種混合の接種は適当（百日せきにかかった人の場合など）であると認められた人。
(2)生後48カ月（満4歳）を超え生後72カ月（満6歳）になるまでの人で、三種混合第1期を1回も受けていない人、または1回しか受けていない人。
第2期……1回接種を受けます。
(1)第1期の3回目を受けてから12カ月以上経過し18カ月になるまでの人。
生後66カ月（満5歳半）を超え生後72カ月（満6歳）になるまでの人で、三種混合第1期の3回目を受けてから12カ月以上経過したが、まだ第2期の接種を受けていない人。
※二種混合の第1期を受けてから12カ月以上経過し18カ月になるまでの人は、生後90カ月（満7歳半）になるまで第2期を受けられます。ただし第1期完了後18カ月を超えた人は、生後72カ月（満6歳）までしか受けられません。

お願い

東保健所管内で11月13日実施する急性灰白髄炎（小児まひ）未接種者該当者で、自家用車を利用する人は鳥屋野総合体育館で接種を受けてください。

●二種混合（ジフテリア・破傷風）の問診票は会場に備えてあります。
●鳥屋野総合体育館以外の各会場とも車での来場はご遠慮ください。特に東保健所・坂井輪地区保健センターは混雑して危険なため駐車できません。

ほかの予防接種との間隔表



対象年齢とほかの予防接種との間隔を十分確認のうえお出かけください。

4年度後期 急性灰白髄炎（小児まひ）東保健所管内日程

◎受付時間は各会場とも午後1時半～2時半です

対象小学校区	会場	1・2回目
南浜・太郎代	南浜連絡所	10・7
松浜・太夫浜	北地区保健センター	10・8
濁川	濁川連絡所	10・7
大形	大形連絡所	10・1
東山の下・下山	市高等職業訓練校	10・5
山の下・桃山	中地区保健センター	10・7
木戸・竹尾・牡丹山	木戸小学校	10・5
大淵・丸山	大江山農村環境改善センター	10・1
山潟・桜が丘・東中野山	石山地区保健センター	10・13
中野山・江南・南中野山		10・23
上所・上山	鳥屋野地区保健センター	10・14
女池・鳥屋野		10・26
曽野木	曽野木地区保健センター	10・6
東曽野木	鐘木会館	10・2
酒屋・割野	両川連絡所	10・2
沼垂・長嶺・紫竹山	東保健所	10・21
万代・南万代・笹口		10・27
未接種者		11・18
〃（自家用車利用者）	鳥屋野総合体育館	11・13

種別 ＼ 会場	二種混合 1回目	2回目	3回目	未接種	対象
東保健所	9・3	10・1	11・5	12・11	東新潟全域

4年度後期 急性灰白髄炎（小児まひ）西保健所管内日程

◎受付時間は各会場とも午後1時半～2時半です

対象小学校区	会場	1・2回目
赤塚・木山	赤塚連絡所	10・1
小瀬・笠木	中野小屋連絡所	10・1
内野	西地区保健センター	10・7
西内野		10・14
五十嵐	五十嵐小学校	10・2
新通・坂井東	新通小学校	10・5
坂井輪	坂井輪小学校	10・5
小針	小針小学校	10・6
東青山	東青山小学校	10・6
真砂	真砂小学校	10・8
青山	青山小学校	10・2
坂井輪・真砂	坂井輪地区保健センター	10・7
入舟・豊照	入舟地区保健センター	10・12
湊・栄	湊小学校	10・9
新潟・礎	大畑少年センター	10・9
浜浦	浜浦小学校	10・8
有明台	有明台小学校	10・12
関屋・鏡淵・白山	西保健所	10・14
未接種者		10・23

種別 ＼ 会場	二種混合 1回目	2回目	3回目	未接種	対象
西保健所	9・25	10・19	11・17	12・15	西新潟全域

◆インフルエンザ予防接種の日程は11月に掲載の予定です。

------------------------------ きりとり線 ------------------------------

急性灰白髄炎（小児まひ）予防接種問診票

1回目 / 2回目 ←いずれかを○で囲んでください。

接種対象者	フリガナ 氏名	（男・女）	昭和 平成 年 月 日生（満 歳 カ月）	
	住所	新潟市 番地 番 号 電話（ ― ）	乳幼児 生まれた時の体重	グラム
			分娩	正常・異常

上記接種対象者の健康状態は下記のとおりですが、適当な場合接種を望みます。

平成 年 月 日　保護者の氏名　㊞

⊙よく読んであてはまるところを○で囲み、また必要なところに記入してください。

1	今日おひるの体温は何度でしたか。（朝の体温もはかってきてください。）	あさ 度 分	ひる 度 分	（再検 度 分）
2	1カ月以内にポリオ(小児まひ)、BCG、麻しん(はしか)、MMR、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそうのいずれかの予防接種をうけたことがありますか。		ある	ない
3	1週間以内にその他の予防接種（百日せき、ジフテリア、破傷風、インフルエンザ、日本脳炎、B型肝炎、ワイルなど）をうけたことがありますか。		ある	ない
4	現在健康で元気ですか。		元気でない	元気です
5	病後で弱っているとか、著しい栄養障害で医師にかかっていますか。		いる	いない
6	現在かぜ、下痢などの急性の病気で医師にかかっていますか。かかっていれば病名（ ）		いる	いない
	心臓病、腎臓病、肝臓病など慢性の病気にかかっていますか。かかっていれば病名（ ）		いる	いない
	今回の予防接種について医師から指示をうけましたか。	うけなかった	禁じられた	許された
7	1カ月以内に麻しん(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかりましたか。かかっていれば病名（ ）		かかった	かからない
8	1カ月以内に家族や遊び仲間で麻しん(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった人がいますか。いれば病名（ ）		いる	いない
9	現在下痢をしていますか。していれば イ）1日2～3回 ロ）1日4回以上（○で囲んでください。）		している	していない
10	くすりをのんで皮ふにほっしんがでたり、注射にまけたことがありますか。		ある	ない
11	ぜんそく、鼻アレルギー、じんましんやしっしんのでやすい方だと思いますか。（でやすい病名を○で囲んでください。）		思う	思わない
12	1年以内にけいれん(熱によるひきつけを含む)をおこしたことがありますか。		ある	ない
13	その他、お子さんの健康状態のことで、医師に伝えておきたいことがあれば書いてください。			

医師の意見	特記事項（必要のある場合記入）	判定（○で囲む） 予防接種 不適当・適当	Lot No.	
	問診医	接種医	接種量	0.05 ミリリットル

（平成 年 月 日接種）

◎母子健康手帳・印鑑も忘れずにお持ちください。
◎問診票を忘れたり、記入もれや押印のない場合、予防接種をうけられないことがあります。

※きりとって接種会場へお持ちください。

------------------------------ きりとり線 ------------------------------

三種混合（DPT）（ジフテリア・百日せき・破傷風）予防接種問診票

1期（1・2・3回目） / 2期 ←いずれかを○で囲んでください。

接種対象者	フリガナ 氏名	（男・女）	昭和 平成 年 月 日生（満 歳 カ月）	
	住所	新潟市 番地 番 号 電話（ ― ）	乳幼児 生まれた時の体重	グラム
			分娩	正常・異常

上記接種対象者の健康状態は下記のとおりですが、適当な場合接種を望みます。

平成 年 月 日　保護者の氏名　㊞

⊙よく読んであてはまるところを○で囲み、また必要なところに記入してください。

1	今日おひるの体温は何度でしたか。（朝の体温もはかってきてください。）	あさ 度 分	ひる 度 分	（再検 度 分）
2	1カ月以内にポリオ(小児まひ)、BCG、麻しん(はしか)、MMR、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそうのいずれかの予防接種をうけたことがありますか。		ある	ない
3	1週間以内にその他の予防接種（百日せき、ジフテリア、破傷風、インフルエンザ、日本脳炎、B型肝炎、ワイルなど）をうけたことがありますか。		ある	ない
4	現在健康で元気ですか。		元気でない	元気です
5	病後で弱っているとか、著しい栄養障害で医師にかかっていますか。		いる	いない
6	現在かぜ、下痢などの急性の病気で医師にかかっていますか。かかっていれば病名（ ）		いる	いない
	心臓病、腎臓病、肝臓病など慢性の病気にかかっていますか。かかっていれば病名（ ）		いる	いない
	今回の予防接種について医師から指示をうけましたか。	うけなかった	禁じられた	許された
7	1カ月以内に麻しん(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかりましたか。かかっていれば病名（ ）		かかった	かからない
8	くすりをのんで皮ふにほっしんがでたり、注射にまけたことがありますか。		ある	ない
9	ぜんそく、鼻アレルギー、じんましんやしっしんのでやすい方だと思いますか。（でやすい病名を○で囲んでください。）		思う	思わない
10	いままでにうけた予防接種でとくにぐあいのわるくなったことがありますか。あれば予防接種名（ ）		ある	ない
11	1年以内にけいれん(熱によるひきつけを含む)をおこしたことがありますか。		ある	ない
12	同じころに生まれたほかの子どもにくらべておくれがありますか。		ある	ない
13	その他、お子さんの健康状態のことで、医師に伝えておきたいことがあれば書いてください。			

医師の意見	特記事項（必要のある場合記入）	判定（○で囲む） 予防接種 不適当・適当		
	問診医	接種医	接種量 0.5 ミリリットル	Lot.No.

（平成 年 月 日接種）　（問診票は接種日から5年間保存）

◎母子健康手帳・印鑑も忘れずにお持ちください。
◎問診票を忘れたり、記入もれや押印のない場合予防接種をうけられないことがあります。

※きりとって委託医療機関へお持ちください。

------------------------------ きりとり線 ------------------------------

麻しん・MMR予防接種問診票

接種対象者	フリガナ 氏名	（男・女）	昭和 平成 年 月 日生（満 歳 カ月）	
	住所	新潟市 電話（ ― ）	乳幼児 生まれた時の体重	グラム
			分娩	正常・異常
希望する接種	麻しん・MMR	←いずれか希望する接種を○で囲んでください。		

上記接種対象者の健康状態は下記のとおりですが、適当な場合接種を望みます。

平成 年 月 日　保護者の氏名　㊞

⊙よく読んであてはまるところを○で囲み、また必要なところに記入してください。

1	今日おひるの体温は何度でしたか。（朝の体温もはかってきてください）	あさ 度 分	ひる 度 分	（再検 度 分）
2	1カ月以内にポリオ(小児まひ)、BCG、麻しん(はしか)、MMR、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそうのいずれかの予防接種をうけたことがありますか。		ある	ない
3	1週間以内にその他の予防接種（百日せき、ジフテリア、破傷風、インフルエンザ、日本脳炎、B型肝炎、ワイルなど）をうけたことがありますか。		ある	ない
4	現在健康で元気ですか。		元気でない	元気です
5	病後で弱っているとか、著しい栄養障害で医師にかかっていますか。		いる	いない
6	現在かぜ、下痢などの急性の病気で医師にかかっていますか。かかっていれば病名（ ）		いる	いない
	心臓病、腎臓病、肝臓病など慢性の病気にかかっていますか。かかっていれば病名（ ）		いる	いない
	今回の予防接種について医師から指示をうけましたか。	うけなかった	禁じられた	許された
7	1カ月以内に風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかりましたか。かかっていれば病名（ ）		かかった	かからない
8	1カ月以内に家族や遊び仲間で麻しん(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった人がいますか。いれば病名（ ）		いる	いない
9	たまごを食べてじんましんがでたり、下痢をすることがありますか。		ある	ない
10	くすりをのんで皮ふにほっしんがでたり、注射にまけたことがありますか。		ある	ない
11	ぜんそく、鼻アレルギー、じんましんやしっしんのでやすい方だと思いますか。（でやすい病名を○で囲んでください。）		思う	思わない
12	いままでにうけた予防接種でとくにぐあいのわるくなったことがありますか。あれば予防接種名（ ）		ある	ない
13	1年以内にけいれん（熱によるひきつけを含む）をおこしたことがありますか。		ある	ない
14	同じころに生まれたほかの子どもにくらべておくれがありますか。		ある	ない
15	最近、麻しん（はしか）の予防などでガンマ・グロブリンの注射をうけたことがありますか。		ある	ない
16	今までに麻しん（はしか）にかかったことがありますか。		ある	ない
17	その他、お子さんの健康状態のことで、医師に伝えておきたいことがあれば書いてください。			

医師の意見	特記事項（必要のある場合記入）	判定（○で囲む） 予防接種 不適当・適当	ワクチン名	
	問診医	接種医	接種量 0.5 ミリリットル	Lot.No.

（平成 年 月 日接種）　（問診票は接種日から5年間保存）

◎母子健康手帳・印鑑も忘れずにお持ちください。
◎問診票を忘れたり、記入もれや押印のない場合予防接種をうけられないことがあります。