

破傷風予防接種記録

氏名 男 年 月 日生 歳
女

住所

TEL

- 注) ・本記録は、「けが」をした時に、医師が破傷風予防処置を的確に行うための判断材料となるものです。常時携帯し、「けが」をしたら医師に提示して下さい。
- ・破傷風に対する免疫をつけるためには、破傷風トキソイドを 3 回接種（基礎免疫の完了）しておく必要があります。
 - ・破傷風に対する免疫が不十分な人がけがをした場合、医師の判断により、破傷風トキソイドや抗破傷風人免疫グロブリンの注射を行うことがあります。

回数	接種日	薬剤名	投与量	実施医療機関名
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

〈薬剤名〉 ATT:沈降破傷風トキソイド DT:二種混合ワクチン(ジフテリア、破傷風)
 DPT:三種混合ワクチン(ジフテリア、百日咳、破傷風)
 DPT-IPV:四種混合ワクチン(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)
 TIG:抗破傷風人免疫グロブリン

BC-TBL-306B-
2017年5月作成