

二種混合【ジフテリア・破傷風】予防接種について

เรื่องการจัดวัคซีน ไข่ยาผสมสองชนิด อีตทีเรีย บาดทะยัก

下記の者を対象に船橋市内の協力医療機関(別紙名簿参照)で二種混合の予防接種を行います。
お渡しした予診票を使って予防接種を受けることができます。

ข้อความข้างล่างนี้

พุนาบาชิร่วมกับหน่วยงานรักษาทางการแพทย์เพื่อแก้ไขและป้องกัน

ชื่อตัวยาที่ฉีดผสมกันสองชนิด

ยื่นคำขอได้เอกสารที่ให้มาตรวจดูการจัดวัคซีนและปลูกฝี

予防接種を受ける際には、下記の点に注意してください。

ฉีดวัคซีนและปลูกฝี/

จำเป็นต้องยื่นคำขอกรณาระวังรายละเอียดหัวข้อทั้งหมดนี้

1 接種対象者 **เขียนสิ่งที่เป็นเป้าหมาย**

小学 6 年生 (11 歳以上 13 歳未満の者) **ประถมปีที่ 6 (อายุ 11ปีขึ้นไปแต่ไม่มากกว่า 13)**

2. 予診票記入上の注意 **หัวข้อข้างบนนี้ สอบถามอาการก่อน**
予診票は責任をもって、できるだけ詳しく記入してください。

อาการที่เป็นกรณาบอกให้ละเอียดที่สุด

3. 接種前と接種当日の注意 **ควรระวังก่อนปลูกฝีและหลังปลูก**

① 体の具合が普段と違うようなときには、事前にかかりつけの医師による健康診断を受け
ください。その際、保護者の方はお子様の健康状態を詳しく話してください。

**สภาพร่างกายต่างจากปกติ / ถ้าแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคผลที่ออกมา
ต้องกรณายอมรับ ผู้ปกครองและเด็กควรเตรียมตัวก่อนล่วงหน้า
พูดคุยสอบถามอาการและรายละเอียดอื่นๆ**

② 接種前日は入浴し、接種当日は清潔な肌着を着用してください。

ก่อนวันปลูกฝีอาบน้ำให้สะอาด/ ในวันนั้นชุดชั้นในกรุณาใช้ที่สะอาด

③ 予防接種に行くときは必ず保護者が付き添ってください。

ตอนไปฉีดวัคซีนและปลูกฝี

แน่นอนผู้ปกครองต้องติดตามไปด้วย

④ 予防接種に行くときは予診票と一緒にこの用紙も必ず持参してください。

(母子手帳がある場合は母子手帳も持参してください。)

**ตอนไปฉีดวัคซีนและปลูกฝีจะถามอาการอีกครั้ง/
กรุณาเอากระดาษแผ่นนี้ไปด้วย**

(ผู้ปกครองกรณานำสมุดพกเพื่อจดบันทึกไปด้วย)

⑤ 予防接種に行くときは事前に予約を取るようになしてください。

ตอนไปฉีดวัคซีนและปลูกฝีกรุณาจองล่วงหน้า

4 予防接種を受けることができない人

คนที่ได้รับการฉีดวัคซีนและปลูกฝี

(1) 明らかに発熱のある人 **หลังจากฉีดคนที่มิใช่**

(2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人

หลังจากวันที่ฉีดคนที่มิใช่รุนแรง

(3) その日に受ける予防接種によって、または予防接種に含まれる成分でフナフィラキシー（ひどいアレルギー症状のこと）を起こしたことがある人

หลังจากวันที่ได้รับการฉีด วัคซีนและปลูกฝี /
วัคซีนและปลูกฝีส่วนประกอบ (บุนะปรินคิง)
รวมเข้าไปด้วย และ คนที่มีอาการแพ้ก็มี

(4) その他、医師が不適當な状態と判断した場合

รายละเอียดอื่น การวินิจฉัยโรคตรงกับหัวข้อและสภาพอาการ

5. 接種後の注意

การปลูกฝีควรระมัดระวัง

① 接種後、1 週間は副反応の出現に注意しましょう。

หลังจากปลูกฝี 1 อาทิตย์ ถ้ามีปฏิกิริยาออกมาให้ระวัง

② 接種当日と、その翌日は激しい運動は避けましょう。

หลังจากปลูกฝีวันรุ่งขึ้นหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย

③ 接種当日の入浴はさし支えありませんが、注射した部位をこすったりしないように気をつけましょう。

หลังจากปลูกฝีและฉีดยาระวังอย่าอาบน้ำ

④ 母子手帳がない場合には、保護者保管用の「予防接種の記録」に医院で記入してもらい大切に家庭で保管してください。

กรณีไม่มีผู้ปกครองถ้าหากผู้ปกครองมีความจำเป็นมาไม่ได้ /

ประวัติการฉีดวัคซีนและปลูกฝีกระดาษที่จดบันทึก

ทางโรงพยาบาลออกให้ ครอบครัวกรุณาเก็บไว้เป็นเอกสารสำคัญ

6. 副反応

ปฏิกิริยา

まれに全鼻症状として発熱・悪寒・頭痛・倦怠感・下痢・めまい・関前癌をみとめることがあります。

ที่กล่าวมาอาการ / เป็นไข้ , หนาวสั่น , ปวดหัว , เมื่อย ,
ท้องเสีย , เป็นลม , ปวดข้อ อาการทั้งหมดนี้อาจจะเป็นไปได้

局所反応として、局所の発赤・腫脹・疫病・硬結等をともなうこともあります。

通常、全鼻反応・局所反応とも一過性であり2~3日中に消失しますが、いつもと体調の違いを感じたら接種医にご相談ください。

ปฏิกิริยาส่วนหนึ่ง / เป็นผื่นแดง , บวม , ป่วย ,
ปฏิกิริยาเหล่านี้เป็นแค่ช่วงระยะสั้นติดต่อกันประมาณ 2-3 วัน ก็หาย
ถ้าหากรู้สึกผิดปกติมากกรุณาติดต่อแพทย์ที่ฉีดวัคซีน

種混合予防接種の受け方

ผสมตัวยาว 2 ชนิด

二種混合（不活化ワ クチン）は第 I 期基礎免疫（4 回）終了後、低下する免疫を第 II 期追加接種により維持します。

2 ชนิดผสมรวมกัน (วัคซีน) รอบแรกฉีดป้องกัน 4 ครั้งสิ้นสุด /
หลังจากนั้นตรวจหาเชื้อรอบสองและฉีดยาต่อเนื่อง

お渡しした予診票で、表面 1. 接種対象者欄の () 年齢内で 1 回のみ接種することができます。

เอกสารที่ให้ไปดูตาราง / และชื่อตัวเองที่ระบุไว้ /

หลังจากรอบนี้ผ่านไปแล้วควรฉีดอีกครั้ง

基礎免疫が無いなど複数回の接種が必要な場合、のこりは自己負担になりますのでご注意ください。

ฉีดภูมิคุ้มกันโรค / กรณีคนที่ไม่มีโรคต้องฉีดหลายรอบ /
หลังจากนั้นต้องไปฉีดเองที่โรงพยาบาล



～ ジフテリアとは ～

โรคอิดทิลเลีย

感染はおもに咽頭ですか、鼻にも感染します。症状は高熱、のどの痛み、犬咳様の咳、嘔吐などで、偽膜を形成して窒息死することのある恐ろしい病気です。発病 2～3 週間には菌の出す毒素によって心筋障害や神経麻痺をおこすことがありますので、注意が必要です。

การติดเชื้อจากคอ และจมูก / อาการของโรคไขสูงและเจ็บคอ /

อาการไอคล้ายสุนัขจะอาเจียน/

ลิ้นหัวใจตีบหายใจไม่ออกอาจถึงกับชีวิตเป็นโรคที่น่ากลัว/ หลังจากฉีดยา 2--

3 อาทิตย์อาการของโรคเพิ่มขึ้น/ กล้ามหัวใจตีบ เส้นเลือดตายด้าน/

เป็นอัมพาต ควรระวังให้มาก

～ 破傷風とは ～

โรคบาดทะยัก

破傷風菌は人から人へ感染するのではなく、土の中にひそんでいます。人への感染経路は傷口です。傷口から菌が入り体の中で増えますと、菌の出す毒素のため、口が開かなくなったり、けいれんをおこしたり、死亡することもあります。患者の半数は自分では気づかない程度の軽い傷が原因です。

**โรคบาดทะยักไม่ใช่โรคติดต่อ/
แต่อยู่ในดินทั่วไปไม่ใช่ติดต่อกับคน/ แต่เส้นทางสู่ร่างกายคือบาดแผล
ジフテリアや破傷風から体をまもるために、ぜひ予防接種を受けておきましょう。
ดูแลตัวเองเพื่อป้องกันโรคอติที่เรื้อรังและบาดทะยัก/ ฉีดวัคซีนอย่างต่อเนื่อง**

定期予防接種に関するお問い合わせ ระยะเวลาที่กำหนดการฉีดวัคซีน
市役所健康増進課 Tel.047-436-2415 中央保健センター Tel.047-423-2111
สำนักงานเทศบาลแผนกการส่งเสริมสุขภาพ โทร 047-436-2415
โจโฮเก็งไคเซะเซ็นเตอร์ โทร047-423-2111

予防接種の記録は将来、海外などに転出・留学するときなどに必要な場合があります。大切に保管してください。

**ตารางข้างล่างนี้บันทึกการฉีดวัคซีนกรณีต้องไปทัศนศึกษาต่างประเทศจำเป็นต้อง
องไข้/ กรุณาเก็บรักษาไว้ให้ดี**

きりとりせん

予防接種の記録 (医療機関記入)

บันทึกการฉีดวัคซีน

(สถาบันการแพทย์กรอก)

予防接種名 ชื่อวัคซีน ที่ฉีด	二種混合 ผสมสองชนิด	医療機関名 及び 接種医師名 สถาบันการ แพทย์ชื่อแ ละ แพทย์ที่ฉีด ชื่อ
被接種者名 ชื่อผู้ที่ฉีด		
接種年月日 ฉีดเมื่อ	平成 年 月 日 ปี ด ว	
メーカー名 ชื่อยี่ห้อยา		
ロット番号 เบอร์	LotNo	