

おたふくかぜワクチンの接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

① おたふくかぜワクチンの効果

おたふくかぜワクチンは弱毒生ワクチンで、身体の中でワクチンウイルスが増え、抗体ができます。抗体はワクチン接種を受けた90%前後の人にでき、おたふくかぜに対する免疫はワクチン接種2週間からできます。おたふくかぜの潜伏期間にワクチン接種を受けても、特におたふくかぜの症状が重くなるようなことはありません。

② おたふくかぜワクチン接種後の副反応

おたふくかぜワクチン接種後2~3週ごろに、発熱、耳下腺の腫れ、嘔吐、咳、鼻汁等の症状があらわれることがあります。これらの症状は通常、数日中に消失します。接種後3週間後に、発熱、頭痛、嘔吐等の症状が見られる無菌性髄膜炎が数千人に1人程度の頻度、接種後数日から3週間後に紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等症状の見られる血小板減少性紫斑病が100万人に1人程度の頻度で、また、頻度は不明ですが、急性散在性脳脊髄炎や脳炎・脳症、急性睪炎があらわれることがあります。まれに難聴、精巣炎があらわれたとの報告があります。

接種後(30分間程度)にショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)がまれにあらわれることがあります。

〈予防接種を受けることができない人〉

- ① 明らかに発熱している方(37.5℃以上)
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 本剤の成分〔カナマイシン、エリスロマイシン(抗生物質)等〕により、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ④ 医師より免疫不全等の診断を受けた方または免疫抑制をきたす治療を受けている方
- ⑤ 妊娠している方および妊娠している可能性のある方
- ⑥ その他、医師に接種が不適當な状態であるという診断を受けた方

〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人〉

- ① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 予防接種を受けたあとの30分程度は体調に変化がないか慎重に様子を見ましょう。すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応が、この間に起こることがまれにあります。
- ② 接種後、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、接種部位をこすることはやめましょう。
- ④ 接種当日は接種前も含め、はげしい運動は避けましょう。
- 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、速やかに医師の診察を受けましょう。

おたふくかぜワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

| | | | | |
|----------|--|---------|----|---------|
| | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住 所 | | TEL () | — | |
| フリガナ | | 男 | 生年 | |
| 受ける人の氏名 | | ・ | 月 | 日生 |
| (保護者の氏名) | | 女 | 月日 | (歳 カ月) |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|--------------------------------|--------------------|-------|
| 1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか | いいえ | はい | |
| 2. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか | ある(具体的に) | ない | |
| 3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか | ある(具体的に) | ない | |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど) | はい(病名) | いいえ | |
| 5. 最近1カ月の間に何か病気にかかりましたか | はい(病名) | いいえ | |
| 6. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか | いる(病名) | いない | |
| 7. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか | はい(予防接種名) | いいえ | |
| 8. 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか | はい(具体的に) | いいえ | |
| 9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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 | はい(具体的に) | いいえ | |
| 10. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか | ある(ころ 回くらい) (最後は 年 月ころ) | ない | |
| 11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚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 | ある(薬、食品名) | ない | |
| 12. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | はい | いいえ | |
| 13. 最近6ヵ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(いつ 理由) | いいえ | |
| 14. 【ご婦人の方に】 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか 2) 接種後約2ヵ月間の避妊について説明をうけましたか | はい ----- いいえ | いいえ ----- はい | |
| 15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあ れば具体的にご記入ください(投薬状況など) | | | |

医師の記入欄

医師の署名

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)

本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

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上で、
接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---|----------------|---|
| 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン「タケダ」 Lot No. : カルテNo. : | 皮下接種 mL | 実施場所: 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分 |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。