

風しんワクチンの接種について

風しんの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。
予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

【風しんについて】

風しんウイルスの飛沫感染(ウイルスが咳やくしゃみなどで細かい唾液や気道分泌物に含まれて空気中へ飛び出し人に感染させること)によって起こります。潜伏期間は2～3週間です。軽いかぜ症状ではじまり、発疹、発熱、後頸部リンパ節腫脹などが主症状です。そのほか、眼球結膜の充血もみられます。発疹も熱も約3日間でおおるので「三日ばしか」とも呼ばれることがあります。合併症として、関節痛、血小板減少性紫斑病、脳炎などが報告されています。血小板減少性紫斑病は3,000人に1人、脳炎は患者6,000人に1人くらいです。大人になってからかかると重症になります。

妊婦が妊娠早期にかかると、先天性風しん症候群と呼ばれる病気により心臓病、白内障、聴力障害などの障害を持った児が生まれる可能性が高くなります。

【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、風しんウイルスを弱毒化してつくった生ワクチンです。副反応は、過敏症として接種直後から数日中に発疹、蕁麻疹、紅斑、そう痒、発熱などが、全身症状として発熱、発疹、頸部や他のリンパ節の腫脹、関節痛などがあらわれることがあります。これらの症状は一過性で、通常、数日中に消失します。また、局所反応として発赤、腫脹(はれ)などがあらわれることがあります。

まれにショック・アナフィラキシー様症状、急性血小板減少性紫斑病の発生も報告されています。このような健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

【予防接種を受けることができない人】

- 1, 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
- 2, 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 3, 過去に風しんワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4, 免疫機能に異常のある疾患をもつ人及び免疫抑制を来すような治療を受けている人
- 5, 妊娠していることが明らかな人※
- 6, その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

※妊娠の可能性のある人に接種する場合には、**あらかじめ約1カ月間避妊した後に接種**をして下さい。

また、**ワクチン接種後は約2カ月間は妊娠しないように注意**して下さい。

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- 1, 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2, 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3, カゼなどのひきはじめと思われる人
- 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異常がみられた人
- 5, 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6, 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7, 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人

【予防接種を受けた後の注意】

- 1, 風しんワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2, 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこするようなことはやめましょう。
- 3, 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4, 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

風しん 予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

住 所		男・女	電話 () -	
ふりがな 受ける人の氏名			生年 月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 平成 (満 歳)
ふりがな 保護者の氏名			診察前の体温 度 分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
3. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
4. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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 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	
5. 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	
6. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
7. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
8. これ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 予防接種名・症状 ()	はい	いいえ	
9. 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンを受けましたか	はい	いいえ	
10. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
11. 1カ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方 がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
13. (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 あれば具体的に書いて下さい ()	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい			

15. 医師の記入欄
 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)
 医師署名又は記名押印 _____

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)
 保護者の署名(もしくは本人の署名) _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
乾燥弱毒生風しんワクチン	皮下接種 mL	実施場所	雪月花メディカルクリニック 秋葉原診療所
メーカー名 Lot. No. カルテNo.		医師名 接種日時	
		年 月 日 時 分	

注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。