

麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

麻しん風しん混合ワクチンは、1回の接種で、麻しんおよび風しんに対する免疫を獲得することができます。副反応としては、ワクチンの接種直後から数日中に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種5～14日後に1～3日間のだるさ、不機嫌、発熱、発疹、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、疼痛などがみられることがあります。非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、血小板減少性紫斑病（接種後数日から3週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間程度に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、脳炎・脳症、けいれんがみられることがあります。

<予防接種を受けるときの注意>

- ① 麻しん風しん混合ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
- ② 受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
- ③ 当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④ 清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤ 予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
- ⑥ 予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。
- ⑦ 予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

<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℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去に麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
- ④ 妊娠していることが明らかな人
- ⑤ お医者さんより免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
- ⑥ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

<予防接種を受ける際に、お医者さん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、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ② 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ③ カゼなどのひきはじめと思われる人
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、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 薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、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
- ⑧ 麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
- ⑨ 家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ⑩ 妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後2～3週間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 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ことはやめましょう。
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
- ⑥ 接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

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 分頃おこしてください	

(

)ワクチン 予診票

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住所		電話番号	()	-
フリガナ		保護者氏名		
予防接種を受ける人の氏名	(男 ・ 女)			
生年月日	西暦	年	月	日生 (歳 力月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	
【予防接種を受けられる方がお子様の場合】 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	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
【はいの場合】その病気で治療(投薬など)を受けていますか (薬の名前)			
最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いいえ	
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	
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	ある(具体的に)	ない	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない	
【ある場合】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良いと言われましたか	いいえ	はい	
今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある(いつ)	ない	
【ある場合】ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(℃)	いいえ	
薬や食品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	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい(いつ、理由)	いいえ	
【ご婦人の方に】 1) 現在妊娠をしている可能性がありますか	はい	いいえ	
2) 接種後2ヵ月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
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			

以下の事項を、必ずご確認ください

 先天性及び後天性免疫不全状態の人は接種できません

例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる

 薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください

副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤): プレドニゾン等

免疫抑制剤: シクロスポリン(サンディミュン)、タクロリムス(プロGRAF)、アザチオプリン(イムラン)等

その他免疫抑制作用のある薬剤: 抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

医師記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 医師の署名

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について説明した

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、

署名(本人もしくは保護者氏名)

接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No	ml	実施場所: さくらが丘小児科クリニック 医師名: 松村 有香 接種日時: