

おたふくかぜ 予防接種予診票

任意接種用

太枠内を記入してください。

		診察前の体温	度	分
住 所	TEL ()		—	
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	()	生年 月日	年 (歳)	月 日生 (月)

質 問 事 項	回 答 欄		特記事項
今日受けるおたふく風邪の予防接種についての説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ()	はい	いいえ	
最近、1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 いつ (月 日 ~ 月 日) 症状 () 発熱 (なし ・ あり 月 日 ~ 月 日)	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もいいといわれましたか。(はい ・ いいえ)			
1カ月以内に家族や友達に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。 いつ (月 日) 予防接種名 ()	はい	いいえ	
特別な病気 (先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・免疫不全症、その他) にかかり、 医師の診察を受けたことがありますか。病名 () 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)	はい	いいえ	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことはありますか。(最後は 歳 か月頃) その時熱はでましたか。 はい (°C) いいえ	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったりしたことはありますか。 薬・食品名 ()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名 () 症状 ()	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
お子様への場合：分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 具体的に ()	はい	いいえ	
女性の場合：現在妊娠している可能性はありますか。 注：接種後2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師につたえておきたいことや、今日の予防接種について質問がありますか。 具体的に ()	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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ました。

医師署名 []

保護者記入欄

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、接種することに、**同意します。**

本人もしくは保護者の署名：

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名・メーカー名・製造番号：	0.5ml (左 ・ 右)	山王ドームクリニック 鬼本 博文
	接種日：	年 月 日

おたふくかぜワクチンの予防接種をご希望の方へ

おたふくかぜワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

おたふくかぜワクチンはムンプスウイルスを弱毒化した生ワクチンで、接種後に体の中でワクチンウイルスが増え、約90%の人に抗体ができます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、接種部位が赤くなる、腫れることがあります。通常一過性で2~3日中に消失します。また、接種後2~3週間ごろに、発熱、耳下腺の腫れ、嘔吐、咳、鼻汁などの症状があらわれることがあります。通常、数日中に消失します。非常にまれですが、次のような副反応がみられることがあります。

- (1) 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)、
- (2) 無菌性髄膜炎(接種後3週間前後)、
- (3) 急性散在性脳髄膜炎(接種後2週間程度で発熱、頭痛、けいれん、運動・意識障害など)、
- (4) 脳炎・脳症、
- (5) 血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など)、
- (6) 難聴
- (7) 精巣炎(精巣腫脹など)、
- (8) 急性膵炎(腹痛、発熱、嘔気・嘔吐など)

予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱(通常は37.5℃以上)している方
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去におたふくかぜワクチンの接種により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患にかかっている方および免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 妊娠していることが明らかな方
- 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方

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- 1) 心臓血管系、腎臓、肝臓、血液、発育障害などの基礎疾患のある方
- 2) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 4) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- 5) 本剤の成分(主にエリスロマイシン、カナマイシンの抗生物質)に対してアレルギーを起こす可能性のある方
- 6) 薬の服用または食事で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 7) 妊娠の可能性のある方
- 8) 最近1か月以内に予防接種を受けた方

接種後の注意

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(発疹や発熱などの過敏症状)が接種直後から翌日に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。
- 3) 接種後、4週間ほどは副反応の出現に注意しましょう。
- 4) 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- 5) 接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれん等の異常な症状があらわれた場合は、すぐに医師の診察を受けてください。
- 6) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 7) 本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費などが支給される場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページなどをご覧ください。