

おたふくかぜワクチン任意接種予診票

			体温	度	分
住所	〒		TEL	()	-
フリガナ		男 ・ 女	生年	年	月
接種する人の氏名			月日	(歳	日

質問事項	回答欄		医師記入欄
「予防接種の有効性や副反応について」の記載を読み理解しましたか？	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？ → 病名・具合の悪い箇所()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか？	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？	いいえ	はい	
いままで特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気免疫不全症血液疾患、その他)にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)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りしたことがありますか？ 薬品・食品名()	ある	ない	
この予防接種を受けたことがありますか？ 1 前回受けたのは(去年・ 年 月頃)	ある	ない	
2 その際に具合が悪くなったことはありますか？	ある	ない	
3 ほかの予防接種の際に具合が悪くなりましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
4 週間以内に何かの予防接種を受けましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？	ある	ない	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	いる	いない	
近親者の中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	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの感染症の方がいましたか？	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
(お子さんが接種される場合に) お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか？	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか？	はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありましたか？	はい	いいえ	
今日のワクチン接種について他に質問はありますか？	ある	ない	

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。

(接種を希望する ・ 接種を希望しません)

本人(未成年者は保護者の)署名 _____

医師記入欄		
以上診療及び診療の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)と判断します。 本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬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。 医師署名又は記名捺印 (医) 路傍の森 北千里こどもの森クリニック 市森裕章 ・ 宮原由起 ・ 出口由依		
使用ワクチン名	接種部位	接種場所・医師名・接種日時
Lot No:		医療機関名：北千里こどもの森クリニック 医師名：市森 裕章 接種日時：

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、裏面の予診杯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が、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が、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(精巣腫須など)、
- (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適当と判断した方

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りしたことのある方
- 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。