

—武田薬品のおたふくかぜワクチン接種を、ご希望の方へ—
“予防接種に欠かせない情報です、必ずお読みください。”

おたふくかぜの予防接種について(説明書)

1. おたふくかぜと合併症について

- ① おたふくかぜは流行性耳下腺炎とも呼ばれ、ウイルスによって起こる病気です。耳の下（耳下腺）のはれと発熱が主な症状で、2～9歳の頃に多く、3～4歳をピークとしてかかっています。潜伏期間は2～3週間あり、耳下腺がはれる前7日頃から、はれた後9日頃までの間は、他人にうつる可能性があります。
学校伝染病のひとつに指定されており、耳下腺のはれが消えるまでは、登校・登園が停止されます。
- ② おたふくかぜの合併症として、無菌性髄膜炎が2～3%位に起こっています。また、難聴が数万人に1人程度起こっています。男性が思春期以降にかかった場合は、精巣炎（こうがん睾丸炎）を併発することもあり、不妊（男性不妊）症を起こす心配があります。

2. おたふくかぜワクチンの接種について

- ① おたふくかぜワクチンの接種は、任意で受けたい方だけが自費で、接種を受けることになっています。
- ② 接種年齢は、1歳を過ぎれば受けられますが、感染のピークとなる前の3歳頃までに、受けることが望めます。もちろん、おたふくかぜにかかっていなければ、それ以降の年齢の方や大人でも受けられます。
- ③ 流行期間中に、おたふくかぜの子と共に居合わせたことにより、すでにかかってしまっている場合があります。この場合、接種を受けても予防が間に合わず、おたふくかぜの症状が出てしまうことがあります。まわりにおたふくかぜの子がいる場合は、接種を見合わせてください。ただし、自然におたふくかぜにかかった時期（潜伏期間中）と、ワクチンを受けた時期が重なっても、特に症状が重くなるような心配はありません。
- ④ おたふくかぜワクチンは、接種を受けた人の90%程度に抗体（免疫）ができると考えられています。また、知らないうちにかかった人（不顕性感染者）など、免疫のある方がこのワクチンを受けても差しつかえありません。

3. おたふくかぜワクチンの接種を、受けた後の副反応

- ① 接種を受けたすぐ後、まれに急な副反応が起こることがありますので、異常と思われる症状や体調の変化があらわれた時は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ② 接種後2～3週間たった頃、発熱、耳下腺のはれ、嘔吐、せき、鼻汁などを認めることがあります。しかし、一般にこれらの症状は自然感染の時に比べ軽く、かつ一過性で、通常、数日中に消失します。
- ③ また、自然のおたふくかぜ（ムンプス）にかかった場合に比べて頻度は少ないのですが、まれにワクチンに由来すると疑われる無菌性髄膜炎（発熱、嘔吐、頭痛等）、急性の紫斑、鼻出血、難聴のほか、特に思春期以降の男性に精巣炎（こうがん睾丸の腫大）が、接種後から3週間頃にあらわれたとの報告があります。このような症状があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

4. 接種を受けてはいけない人

- ① 明らかに発熱している人
- ② 重い急性の病気にかかっている人
- ③ カナマイシン、エリスロマイシン（抗生物質）等の投与を受けて、アナフィラキシー（ひどいアレルギー反応）を起こしたことがある人
- ④ 感染症にかかりやすい等の免疫不全の人
- ⑤ 妊娠している人
- ⑥ その他、医師が接種に不適当な状態と判断した人

5. 接種を受けるにあたって、注意が必要な人

上記の4. に書かれた人以外に、医師が接種を行うに際し注意を要する人があります。

「おたふくかぜ予防接種の予診票」は正確に記入し、からだに気がかりなことがある方は、医師にご相談ください。

6. 接種を受ける時の注意

- ① 接種はからだの調子がよい時にだけ受けてください。
- ② 元気がない、きげんが悪い、食欲がすまないなど、ふだんと変わったことがあれば、医師に相談してください。そのような時は、無理をせず次の機会に受けていただいても結構です。
- ③ 体温は、家を出る前にもはかってきてください。
- ④ 入浴は、できるだけ接種前日にすませ、からだを清潔にしておいてください。
- ⑤ 「母子健康手帳」を、接種を受ける日に持参してください。

7. 接種を受けた後の注意

- ① 接種した部位は清潔に保ってください。接種当日の入浴はさしつかえありませんが、接種部位をこすことはさけてください。
- ② 接種当日は激しい運動はさけてください。そのほかはいつも通りの生活で結構です。
- ③ おたふくかぜワクチンは生ワクチンですので、接種後1カ月近くは体内で弱毒ウイルスが生きています。この間は、副反応の発現や体調の変化に気をつけてください。
- ④ もし、高熱、けいれん、嘔吐、その他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。

◇接種を希望される方は、窓口または電話でお申し込みください。

| | | | | |
|---------------|---|-------|-------------|--|
| 接種 予定 日 | 月 | 日 () | 病 院 名 | |
| | 時 | 分頃 | | |

おたふくかぜ予防接種の予診票

| | | | |
|---------|------------|------|----------------|
| 住所 | | 電話 | -()- |
| 受ける人の氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生(満 歳 か月) |
| 保護者の氏名 | 受ける人の診察前体温 | | 度 分(測定時間: 分) |

| 質問事項 | 回答欄(○印) | 医師記入欄 |
|---|------------|-------|
| 今日の予防接種について書かれた説明書を読みましたか。 | いいえ・はい | |
| お子さんの場合、発育歴について書いてください。 出生体重()g、 分娩時または出生時の異常 | あった・なかった | |
| 乳幼児健診での異常はありませんでしたか。(歳 か月時) | あった・なかった | |
| 出生時から今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、腎臓、脳・神経、免疫不全、その他)にかかり、医師に診察を受けていますか。 (病名:)。また、その病気を診てもらっている医師に | はい・いいえ | |
| 今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | いいえ・はい | |
| 今日、からだに具合の悪いところがありますか。 あれば、具合の悪いところ、症状を書いてください。() | ある・ない | |
| 女性の場合、現在、妊娠していませんか。 | している・していない | |
| 最近1か月以内に、病気にかかりましたか。 (病名:) | はい・いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(歳頃) | ある・ない | |
| その時に熱がでましたか。 | はい・いいえ | |
| 1か月以内に家族や遊び友だちで麻疹、風しん、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか。(病名:) | はい・いいえ | |
| 薬や食物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。(何で:) | ある・ない | |
| 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。 (予防接種名:) | 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がありますか。 (予防接種名:) | ある・ない | |
| 家族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 | |
| お子さん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 | |
| 6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか。 | はい・いいえ | |
| ほかに、今日の予防接種について質問はありますか。 | ある・ない | |
| 医師の記入欄 診察所見：視診・咽頭所見・心音・呼吸音・その他身体所見(異常なし・異常あり) 以上の問診および診察の結果、今回の予防接種の可否。(可能・見合わせる) <div style="text-align: right;">医師のサイン〔 _____ 〕</div> | | |

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。(はい・見合わせる) | 記入者のサイン〔 _____ 〕 |
|-----------------------------------|------------------|

| 使用ワクチン | 用法・用量 | 接種場所・医師名・接種日時 |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 名称：おたふくかぜワクチン メーカー名：武田薬品 製造番号： | 皮下接種 通常0.5mL | 病医院名： 医師名： 接種日時： 年 月 日() 時 分 |