

## おたふくかぜワクチンの予防接種をご希望の方に

### 1. おたふくかぜとその症状

患者のせきやくしゃみなどにより空中に飛び出した、ムンプス（おたふくかぜ）ウイルスを吸い込むことにより感染します。潜伏期間は2～3週間で、軽度の発熱と耳の痛みで始まり、耳の下（耳下腺）のはれが顕著になりますが、その症状は通常5～7日で回復に向かいます。

### 2. おたふくかぜと合併症

おたふくかぜの合併症としては無菌性髄膜炎、ムンプス難聴、脳炎、睾丸炎（精巣炎）、卵巣炎、睪炎などが報告されています。合併症が起こる頻度は、無菌性髄膜炎（症状としては発熱、頭痛、嘔吐）が約10人に1人、ムンプス難聴が約1,000人に1人、脳炎（症状としては発熱持続、けいれん、意識障害）が5～6,000人に1人と報告されています。思春期頃におたふくかぜにかかった人のうち、数%の人が睾丸炎（症状としては発熱、睾丸腫脹）を合併しますが、男性不妊の原因となることは極めてまれです。

### 3. 免疫

おたふくかぜの感染者は小学校低学年や幼稚園の子供たちに多くみられます。一度おたふくかぜにかかったひとが耳下腺炎を起こす例も再発性耳下腺炎として報告されていますが、ムンプスウイルスの感染によるという確実な証拠はありません。予防接種を受けた人のほとんどに免疫ができます。しかし、抗体の低下する症例が報告されており、ワクチンの有効率は90%前後ではないと考えられます。小さい頃におたふくかぜにかかった場合、特徴的な症状を示さない、いわゆる不顕性感染で終わる例もあります。既に抗体のある人にワクチン接種を実施しても問題はなく、免疫は高められます。

### 4. ワクチンの効果と副反応

#### ① おたふくかぜワクチンの効果

おたふくかぜワクチンは弱毒生ワクチンで、身体の中でワクチンウイルスが増え、抗体ができます。抗体はワクチン接種を受けた90%前後の人にでき、おたふくかぜに対する免疫はワクチン接種2週間後からできます。おたふくかぜの潜伏期間にワクチン接種を受けても、特におたふくかぜの症状が重くなるようなことはありません。

#### ② おたふくかぜワクチン接種後の副反応

おたふくかぜワクチン接種後2～3週ごろに、発熱、耳下腺の腫れ、嘔吐、咳、鼻汁等の症状があらわれることがあります。これらの症状は通常、数日中に消失します。

接種後3週間後に、発熱、頭痛、嘔吐等の症状が見られる無菌性髄膜炎が数千人に1人程度の頻度、接種後数日から3週間後に紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等症状の見られる血小板減少性紫斑病が100万人に1人程度の頻度で、また、頻度は不明ですが、急性散在性脳脊髄炎や脳炎・脳症、急性睪炎があらわれることがあります。まれに難聴、精巣炎があらわれたとの報告があります。

接種後(30分間程度)にショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等）がまれにあらわれることがあります。

### 5. 次の方は接種を受けないでください

- ① 明らかに発熱している方
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 本剤の成分[カナマイシン、エリスロマイシン(抗生物質)等]により、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ④ 医師より免疫不全等の診断を受けた方または免疫抑制をきたす治療を受けている方
- ⑤ 妊娠している方および妊娠している可能性のある方
- ⑥ その他、医師に接種が不適当な状態であるという診断を受けた方

### 6. 接種を受けるときに

4週間以内に他の予防接種を受けた場合には医師にご相談ください。

おたふくかぜワクチンの接種は任意接種ですので、ワクチンの効果や副反応をお考えになったうえ、ワクチンの接種を受けるかどうかをお決めください。

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」により治療費等が受けら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等をご覧ください。

ワクチンの接種を受けられるとお決めになった場合には、「おたふくかぜワクチン接種申込書・予診票」に正確に記入し、医師の問診、診察をお受けください。

もし、元気がないなど、ふだんと変わったことがあった場合には、医師にご相談ください。

**【女性の方への注意事項】 接種前1ヵ月間、接種後2ヵ月間は、妊娠を避けることが必要です。**

接種 予定 日	月 日( )です 時 分頃までにおこしてください。	医療 機 関 名	
---------------	------------------------------	-------------------	--

(

## )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: