

# 風しんの予防接種をご希望の方に

## 1 風しんについて

風しんは風しんウイルスによっておこる感染症で「三日ばしか」とも呼ばれます。主に春先から初夏にかけて流行し、飛沫感染でヒトからヒトへと感染します。感染力は、麻疹や水痘(水ぼうそう)ほど強くありません。

## 2 風しんの症状は

主な症状は、発疹、発熱、リンパ節の腫れで、そのほかにせき、鼻汁、目が赤くなるなどの症状もみられます。潜伏期間(ウイルスに感染後、無症状の期間)は2~3週間で、発疹の出る2~3日前から発疹が出た後の5日くらいまでは感染力があるといわれています。感染しても子どもでは3日程度で治るとされていますが、大人になってからかかると関節痛がひどくなるなど重症化する傾向がみられます。

## 3 風しんの合併症は

一般的に予後は良好といわれていますが、まれに血小板減少性紫斑病(症状としては出血斑、鼻血:約3000人に1人)や脳炎(症状としては発熱持続、けいれん、意識障害:約6000人に1人)といった重い合併症がみられる場合もあり、決して軽視できない疾患です。

妊娠初期の女性が風しんにかかると、先天性風しん症候群と呼ばれる病気により、心臓病、白内障、難聴などの障害を持った赤ちゃんが生まれる可能性があります。一緒に生活しているご家族からうつることが多いため、ご家族が風しんにかからないようにワクチンを受けておくことも大切です。

## 4 ワクチンの効果と副反応

ワクチンにより95%以上の人に免疫が獲得されます。ただし、1回の予防接種では免疫力が上がらない人や風しんに対する抗体価が次第に低くなっている人もいるため、現在では2回の定期接種が勧められています。風しんには特別な治療法はなく対症療法だけなので、ワクチンによる予防が重要です。

主な副反応は、発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱、リンパ節の腫れ、関節痛などが認められ、接種部位に発赤、腫張(はれ)、疼痛(痛み)があらわれることがあります。まれに重い副反応として、ショック、アナフィラキシー、紫斑・鼻出血・口腔粘膜出血等の症状が見られる血小板減少性紫斑病(100万人接種あたり1人程度)が報告されています。

(裏面もご覧下さい)

## 5 次の方は接種できません

- ①明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
- ②重い急性疾患にかかっている方
- ③本剤の成分によりアナフィラキシー(重いアレルギー反応)を起こしたことがある方
- ④免疫機能に異常のある方・免疫抑制をおこ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、医師に予防接種を行うことが不適當であると判断された方

## 6 風しんワクチンを受けるには

他の生ワクチン(BCG・MR・麻しん・水痘・おたふくかぜなど)を接種した場合は27日以上あけてから、また不活化ワクチン(DPT-IPV4種混合・DPT3種混合・DT2種混合・不活化ポリオ・日本脳炎・インフルエンザなど)を接種した場合は6日以上あけてから接種を行ってください。

今回あなたが接種する風しんワクチンは任意接種です。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。

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、「風しんワクチン接種申込書・予診票」に正確に記入し、医師の間診、診察をお受けください。もし、ご不明な点がありましたら、医師にご相談ください。

## 7 予防接種後の注意事項

接種当日は接種部位を清潔に保ち、過度な運動を避け静かに過ごしてください。接種後2週間は健康状態や副反応に留意し、何か気になる症状がある場合は、医師に連絡してください。

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。

【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、妊娠を避ける必要があります。

接種 予定 日	年      月      日(      )	医 療 機 関 名	
---------------	-------------------------	-----------------------	--

# 風しんワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

記入日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
本人氏名	フリガナ	生年月日	
保護者氏名	(未成年者(既婚者を除く)の場合は、こちらにも記入)	大正 昭和 平成 年 月 日生( 歳)	男・女
住所		電話	

質問事項	回答欄	医師記入欄
01 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	はい いいえ	
02 接種を受けられる方がお子さんの場合におたずねします、 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれましたか	はい いいえ	
03 今日、体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください( )	はい いいえ	
04 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい いいえ	
05 1ヵ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病気の方がいましたか 病名( )	はい いいえ	
06 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい いいえ	
07 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、 その他病気)にかかり医師の診断を受けていますか 病名( )	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	
08 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃 そのとき熱がでましたか	はい いいえ はい いいえ	
09 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
10 接種を受ける方の家族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	
11 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( )	はい いいえ	
12 家族の中に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか	はい いいえ	
13 最近6ヵ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	
14 女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)接種後2ヵ月間は妊娠をさけることが必要です	はい いいえ	
15 今日の予防接種について質問がありますか	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 ・ 見合わせた方がよい )と判断します 本人(本人が未成年者の場合は保護者)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 医師署名又は記名捺印	
本人記入欄(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) どちらかを○で囲んでください	
署名	(代筆者の場合: 続柄 ) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載して下さい。)

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: 乾燥弱毒生風しんワクチン(高橋株) メーカー名: 北里第一三共ワクチン Lot No: 最終有効年月日: 年 月 日	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	実施場所: 医師名: 接種日時: 平成 年 月 日 時

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみ使用します。