

おたふくかぜ予防接種 予診票

住所	(住民登録のある市町村の住所を記入)	診察前の体温	度 分
接種を受ける人の氏名	ふりがな	性別	年 月 日生 (満 歳 カ月)
		男・女	
保護者氏名	電話番号		

(予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。医師への大切な情報源となりますので、責任持って記入しましょう。接種後は市町村に提出され、5年間保管されます。)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。	はい いいえ	
2 お子さんの発育歴についてお答えください。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
3 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	
4 1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名()	はい いいえ	
5 1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか。 病名()	はい いいえ	
6 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日() または生ワクチン予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日()	はい いいえ	
7 生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液・発育障害などの病気、免疫不全症)や、その他の病気(慢性疾患も含む)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 病名() 現在、投薬や治療を受けている方は、具体的な内容を記入してください() その病気をみてもらっている主治医には、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	
8 現在、免疫機能に異常のある病気にかかっている、または副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤の投与を受けていますか	はい いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい いいえ はい いいえ	
10 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。	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はありますか。 予防接種名() 症状()	はい いいえ	
12 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	
13 薬や食品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ことがありますか。 薬・薬品・製品名など()	はい いいえ	
14 6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。	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(可能 ・ 見合わせる) 保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名又は記名押印 _____
--------------	--

保護者の記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度について理解した上で、保護者の意思と責任のもとにお子様への接種を希望しますか (はい ・ いいえ) また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村に提出されることに同意します。 保護者自署 _____
----------------	---

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNo.シールをお貼りください	接種量 皮下接種:0.5ml 接種部位:上腕伸展部 (右 ・ 左)	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入下さい。) 実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日
-------------------------------------	--	---

おたふくかぜワクチンと同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと【DPT-IPV・水痘・ヒブ・肺炎球菌・MR・日本脳炎・その他()】

おたふくかぜワクチンを接種される方へ

今回の予防接種は、予防接種法に基づかない法定外の予防接種であり、各市町村が独自で行う（行政措置による）予防接種となります。そのため、予防接種による健康被害が起きても、予防接種法に基づく救済を受けることができません。

ただし、行政措置予防接種に起因して死亡または身体障害を被った場合には、各市町村の予防接種事故災害補償に関する規定に基づく補償を受けることができます。そのほか独立行政法人医薬品医療機器総合機構に対し、疾病に対する医療費、医療手当、障害年金、障害児養育年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料給付等の請求ができますが、その請求は健康被害を受けた本人（死亡した場合には、その遺族）が直接行うことになります。

上記の点を十分ご理解した上で、お子様への接種の判断をお願いいたします。

●おたふくかぜ（流行性^{しかせん}耳下腺炎）とは

おたふく風邪ウイルス（ムンプスウイルス）によって引き起こされます。ウイルス感染後、2～3週間の潜伏期を経て、両方または片方の耳下腺（耳の下からほほにかけて）がはれます。はれは痛みますが、赤くなったりはせず、3日くらいでピークを迎え、1週間から10日程度で消失します。その他の症状としては、発熱が多く、頭痛、倦怠感、食欲低下などもあります。感染しても症状がでない方が30～40%います。

合併症としては、無菌性髄膜炎、難聴（多くは片側性で回復は見込めない）、脳炎、肺炎などがあり、思春期以降にかかるとう精巣炎や卵巣炎をおこすこともあります。

●おたふくかぜワクチンの効果

おたふくかぜワクチンを1回接種した人のうち、90%以上の人に免疫ができ、おたふくかぜにかからなくなったり、かかっても軽くすんだりします。

●予防接種を受けることができない方

- ①明らかな発熱を呈している方（接種前体温37.5℃以上）
- ②重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ワクチン成分によってアナフィラキシーをおこしたことが明らかな方
- ④明らかに免疫機能に異常がある病気をもっている、または副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤の投与を受けている方
- ⑤上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方

アナフィラキシーとは…

通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性じんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと

●予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない方

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害など基礎疾患のある方
- ②予防接種を受けた後2日以内に発熱のみられた方や全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった方
- ③過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
- ④過去に免疫不全の診断がなされている方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ⑤ワクチン成分によってアレルギーをおこすおそれのある方

●おたふくかぜワクチン接種後の注意

- ①接種後30分間は、ショックやアナフィラキシーがおこることがありますので、医療機関内で待機しましょう。
- ②接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③接種後4週間は体調に注意しましょう。接種後、腕のはれが目立つときや機嫌が悪くなったときなどは医師にご相談ください。
- ④おたふくかぜワクチンの接種後、異なる種類のワクチンを接種する場合には、27日間以上の間隔をあける必要があります。
（おたふくかぜワクチンは他のワクチンとの同時接種が可能です。同時接種を希望する場合には、医師にご相談ください。）
- ⑤接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
- ⑥接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。

●おたふくかぜワクチンの副反応

注射部位の症状（赤み、はれ）、発熱や軽度の耳下腺のはれ、発疹、じんましん、かゆみを認めることがありますが、これらは通常、数日以内に自然に治るので心配はいりません。重い副反応として、非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー様症状、無菌性髄膜炎、急性散在性脳脊髄炎、脳炎、脳症、急性血小板減少性紫斑病、難聴、精巣炎の報告があります。

接種から2～3週間後に、頭痛、嘔吐などがみられた場合は、ワクチンによる髄膜炎発症の可能性があるので注意しましょう。

接種後、高熱などの異常がみられた場合は、医師の診察を受けましょう。