

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、膵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 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%前後ではないかと考えられます。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急性血小板減少性紫斑病が100万人に1人程度の頻度で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、アナフィラキシー様症状（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) 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
- 4) 妊娠している方
- 5) 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

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。なお、接種は思春期以前10歳までに済ませることをおすすめいたします。

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。

おたふくかぜ予防接種予診票



| | | | | |
|-------|---|--------|----------|-----|
| | | 診察前の体温 | | ℃ |
| 住所 | 〒 | 電話 — — | | |
| ふりがな | | 生年月日 | | |
| 本人氏名 | | 男・女 | 大正・昭和・平成 | |
| 保護者氏名 | | | 年 | 月 |
| | | | (| 歳 |
| | | | | ヶ月) |

| 質問事項 | | 回答欄 | | 医師記入 |
|------|---|-----|-----|------|
| 1 | 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか | はい | いいえ | |
| 2 | 保護者の方にお子様の発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時・出生後・乳児検診で異常があるといわれたことがありますか 症状() | はい | いいえ | |
| 3 | 今日、体の具合の悪いところがありますか 症状() | はい | いいえ | |
| 4 | 最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名() | はい | いいえ | |
| 5 | 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方がいましたか 病名() | はい | いいえ | |
| 6 | 1ヶ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 | |
| 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、脳神経、免疫不全症、 その他病気)にかかり医師の診察をうけていますか 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うけてもよいといわれましたか | はい | いいえ | |
| 8 | ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃 | はい | いいえ | |
| | その時熱はでましたか | はい | いいえ | |
| 9 | 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 | 接種を受ける方の近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか | 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 | 6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与をうけましたか | はい | いいえ | |
| 13 | (女性の方に) 現在、妊娠していますか | はい | いいえ | |
| | 接種後2ヶ月間の避妊について説明を受けましたか | はい | いいえ | |
| 14 | 今日の予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 15 | その他、医師に伝えたいことがあればご記入下さい | | | |

| 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。 本人また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 宮川 浩一 | |
| 本人記入欄〔未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者〕 | |
| 予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で予防接種をうけますか? (うけます ・ うけません) ←どちらかを ○で囲んで下さい | |
| 自署 | <input type="text"/> |

| 使用ワクチン名 | 接種量・接種方法 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---------------------------|-----------------|-----------------------------|
| ワクチン名: 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン | 皮下接種 0.5mL | みやがわクリニック 愛知県日進市赤池3-2104 |
| メーカー名 Lot No. | 接種部位: 右・左 上腕伸側部 | 宮川 浩一 年 月 日 |

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にのみ使用します。