

# 風しんワクチンの予防接種を受けられる方へ



## <ワクチンの効果と副反応>

風しんワクチンの免疫獲得率は高く、ワクチン接種を受けた人の95%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。副反応は非常に少ないとされていますが、ワクチンの接種直後から数日中に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、発熱、発疹、頸部その他のリンパ節の腫脹、関節痛などの症状がみられることがあります。通常数日中に消失します。また、局所症状として接種部位に発赤、腫脹、疼痛などがみられることがあります。非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、血小板減少性紫斑病がみられることがあります。

## <予防接種を受けるときの注意>

- ① 風しんワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、あらかじめ医師にご相談ください。
- ② 当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ③ 予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳をご持参ください。
- ④ 予防接種を受ける方が女性の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

## <予防接種を受けることができない人>

- ① 明らかに発熱のある人（37.5℃以上）。
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人。
- ③ 過去に風しんワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝えてください）。
- ④ 妊娠していることが明らかな人。
- ⑤ 医師より免疫不全などの診断を受けた人、または免疫抑制を起こす治療を受けている人。
- ⑥ その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人。

## <予防接種を受ける際に医師とよく相談しなくてはならない人>

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人。
- ② 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人。
- ③ 前回の予防接種を受けたときに2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人。
- ④ 薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人。
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人。
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人。
- ⑦ 家族、友達のあいだに麻疹（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行してまだその病気にかかったことがない人。
- ⑧ 妊娠の可能性のある人。

## <予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後2～3週間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすらないように注意してください。
- ④ 接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 高熱やけいれんなどの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。
- ⑥ 接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

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。

# 風しんワクチン予防接種予診票



住所	〒	診察前の体温		℃
		電話	—	—
ふりがな		男・女	生年月日	
本人氏名			大正・昭和・平成	
保護者氏名			( 年 月 日 生 月 日 生 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	今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかを うけたことがありますか	はい	いいえ	
5	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	
6	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	
7	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	
8	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 ( ) 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	
		はい	いいえ	
9	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか ( ) 歳頃 その時熱はでましたか	はい	いいえ	
10	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	
11	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	
12	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	
13	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	いいえ	
14	(女性の方に) 現在、妊娠していますか 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	
		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	
16	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： 乾燥弱毒生風しんワクチン	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 宮川 浩一 年 月 日
メーカー名	接種部位： 右 ・ 左 上腕伸側部	
Lot No.		