

麻しん風しん予防接種予診票

麻しん及び風しんの予防接種を受けるに当たっての説明



○ 保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている中学1年生・高校3年生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。平成20年度から平成24年度までの5年間に限って実施する中学1年生及び高校3年生の年齢に相当する者への麻しん及び風しんの予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合には、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 麻しん・風しんの症状について

○ 麻しん(はしか)

麻しん(はしか)は、麻しんウイルスの空気感染・飛沫感染・接触感染によって発症します。ウイルスに感染後、無症状の時期(潜伏期間)が約10～12日続きます。その後症状が出始めますが、主な症状は、発熱、せき、鼻汁、めやに、赤い発しんです。症状が出はじめてから3～4日は38℃前後の熱とせきと鼻汁、めやにが続き、一時熱が下がりがけたかと思うと、また39～40℃の高熱となり、首すじや顔などから赤い発しんが出はじめる、その後発しんは全身に広がります。高熱は3～4日で解熱し、次第に発しんも消失しますが、しばらく色素沈着が残ります。

合併症を引き起こすことが30%程度あり、主な合併症には、気管支炎、肺炎、中耳炎、脳炎などがあります。発生する割合は麻しん患者100人中、中耳炎は約7～9人、肺炎は約6人です。脳炎は約1,000人に1人の割合で発生がみられます。

また、麻しんにかかると数年から10数年経過した後に亜急性硬化性全脳炎(SSPE)という重い脳炎を発症することがあります。これは、麻しんにかかった者のうち約10万人に1人の割合で見られます。

麻しん(はしか)にかかった人のうち、1,000人に1人程度の割合で死亡することがあります。

○ 風しん

風しんは、風しんウイルスの飛沫感染によって発症します。ウイルスに感染してもすぐには症状が出ず、約14～21日の潜伏期間がみられます。その後、麻しんより淡い色の赤い発しん、発熱、首のうしろのリンパ節が腫れるなどが主な症状として現れます。また、そのほかに、せき、鼻汁、目が赤くなる(眼球結膜の充血)などの症状がみられることもあります。子どもの場合、発しんも熱も3日程度で治ることが多いので「三日ばしか」と呼ばれることがあります。合併症として関節痛、血小板減少性紫斑病、脳炎などが報告されています。血小板減少性紫斑病は風しん患者約3,000人に1人、脳炎は風しん患者約6,000人に1人ほどの割合で合併します。大人になってからかかると子どもの時より重症化する傾向が見られます。

妊婦が妊娠早期に風しんにかかると、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、聴力障害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。

2 予防接種の効果と副反応について

予防接種を受けたお子様のうち、95%以上が免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、麻しんや風しんにかかることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

① 麻しん風しん混合ワクチンの主な副反応

(麻しんと風しんの予防接種を同時に実施するときに使用、通常、このワクチンを接種します。)

主な副反応は、発熱(接種した者のうち20%程度)や、発しん(接種した者のうち10%程度)です。これらの症状は、接種後5～14日の間に多くみられます。接種直後から翌日に過敏症状と考えられる発熱、発しん、掻痒(かゆみ)などがみられることがありますが、これらの症状は通常1～3日でおさまります。ときに、接種部位の発赤、腫れ、硬結(しこり)、リンパ節の腫れ等がみられることがありますが、いずれも一過性で通常数日中に消失します。

稀に生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状(ショック症状、じんましん、呼吸困難など)、急性血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、脳炎及びけいれん等が報告されています。

② 麻しんワクチンの主な副反応

(麻しんの予防接種のみを実施するときに使用)

主な副反応は、接種後5～14日を中心として、37.5℃以上38.5℃未満の発熱(接種した者のうち約5%前後)、38.5℃以上の発熱(接種した者のうち約8%前後)、麻しん様の発しん(接種した者のうち約6%前後)がみられます。ただし、発熱の期間は通常1～2日で、発しんは少数の紅斑や丘しんから自然麻しんに近い場合もあります。その他に接種した部位の発赤、腫れ、熱性けいれん(約300人に1人)、じんましん等が認められることがありますが、いずれもそのほとんどは一過性です。

稀に生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状、脳炎脳症(100～150万人接種当たり1人以下)、急性血小板減少性紫斑病(100万人接種当たり1人程度)が知られています。

ワクチン接種後に起こる亜急性硬化性全脳炎(SSPE)は極めて稀であり、自然の麻しんウイルスに感染し、発症した場合の1/10以下程度と報告されています。

③ 風しんワクチンの主な副反応

(風しんの予防接種のみを実施するときに使用)

主な副反応は、発しん、じんましん、紅斑、掻痒(かゆみ)、発熱、リンパ節の腫れ、関節痛などが認められています。

稀に生じる重い副反応としては、ショック、アナフィラキシー様症状があり、また、急性血小板減少性紫斑病(100万人接種当たり1人程度)が報告されています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

○今回、平成20年度から5年間に限って中学1年生と高校3年生に相当する年齢の者に実施する麻しん風しんワクチン(麻しん又は風しんのワクチンを含む。)の予防接種は、4月から翌年3月までの1年の間に実施することとなっていますが、その期間を過ぎて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種(任意接種)として取り扱われます。その接種で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一(医療費・医療手当・葬祭料については同程度)となっています。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課等へご相談ください。



4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱(通常37.5℃以上をいいます)がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤現在、妊娠している場合
- ⑥その他、医師が不適当な状態と判断した場合

【女性への注意事項】

妊娠している者又はその可能性がある者は、予防接種不適当者として接種することができませんが、出産後又は妊娠していないことが確認された後適当な時期に接種を受けてください。

接種に当たっては、接種を受ける医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に御相談ください。

なお、接種後2か月間は、妊娠を避けることが必要です。

5 接種を受けた後の注意事項

①予防接種を受けた後の30分間は、お子さんの様子に注意して、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。

急な副反応が、この間に起こることがあります。

②接種後、4週間は副反応の出現に注意しましょう。

③接種部位は清潔に保ちましょう。

入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。

④当日は、激しい運動はさげましょう。

⑤他の予防接種は27日以上あけてください。

⑥接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。



～ 問い合わせ・連絡先 ～

各区保健福祉センター(保健所)健康課

東区	TEL 645-1078	博多区	TEL 419-1091
中央区	TEL 761-7328	南区	TEL 559-5116
城南区	TEL 831-4261	早良区	TEL 851-6012
西区	TEL 895-7073		

○ 保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

これまで記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。

◎保護者の方が同伴して接種される場合は、裏面（４頁）の予診欄を記入して接種に行きましょう！

◎保護者の方が同伴しないで接種される場合は、下記の同意欄と裏面（４頁）の予診欄に署名（質問事項にも全て記入）して、接種に行きましょう！！

同意欄（保護者の方が同伴しないで接種される場合）

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

（署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

麻しん及び風しんの予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※ 本様式は、平成20年度から平成24年度にかけて中学1年生及び高校3年生に相当する年齢の者を対象として実施する麻しん及び風しんの予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

裏面にも署名が必要です。

		診察前の体温		度		分
住 所						
受ける人の氏名	男 女	生 年 月 日	平成	年	月	日生
			(満	歳	か月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか	あった	なかった	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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よいといわれましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	
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	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ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	
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か月間は妊娠をさけることが必要です	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

<保護者が同伴しない場合>あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか
(同意します ・ 同意しません) ※かつこの内のどちらかを○で囲んでください。

<保護者が同伴する場合、受ける人が既婚の場合>
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、予防接種健康被害救済制度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) ※かつこの内のどちらかを○で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 自署

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。 保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)及び接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
医師署名又は記名押印

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		実施場所		医師名	
Lot No.		接種年月日		平成 年 月 日	
(注)有効期限がきれていないか要確認	m l				

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。