

\*\*\*\*\* おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）ワクチンを接種される方へ \*\*\*\*\*

おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）はムンプスウイルスが原因です。耳の下や顎の下が腫れて、痛みを伴います。多くは両方が腫れますが、2、3割は片方だけのこともあります。腫れがある間は感染能力があります。7～10日くらいで治ります。潜伏期間は2～3週間前後です。

おたふくかぜの合併症としては髄膜炎、難聴（多くは片側性）、稀に肺炎、睾丸炎、卵巣炎、心筋炎などがあります。

おたふくかぜワクチンは1歳から受けられますが、小さい子はかかっても軽症のことが多いので、2才以降でもかまいません。免疫は80-90%程度に得られます。おたふくかぜは、知らない間にかかっていることもありますので、特に年長児、成人では抗体検査をし、罹患の有無を確認してからワクチン接種を受けることをお勧めします。また周囲でおたふくかぜが流行している時期は避けたほうが良いでしょう。

ワクチンの副反応としてまれに過敏反応、発熱、発疹、局所の発赤等、また2～3週間後におたふくかぜの症状がみられることがあります。また極稀に髄膜炎を発症することもあります。自然に感染して発症する髄膜炎の頻度よりはかなり低いです。

なお本ワクチン接種後は、27日以上間隔を置いて別の予防接種を受けることができます。

\*\*\*\*\* 予防接種を受けに行く前に \*\*\*\*\*

### 1) 注意すること

予防接種は体調の良いときに受けて下さい。この説明書をよく読んで下さい。不明な点はお尋ね下さい。受ける子どもの今日の状態をよく観察し、責任をもって予診票に記入をお願いします。体温は、病院で接種直前に測って下さい。明らかに熱のある人（37.5℃以上）は、接種を受けられません。接種後30分位は、院内またはすぐに連絡のとれる範囲で様子を見て下さい。接種当時の入浴は差しつかえありませんが、接種部位をこすったり、激しい運動や特に疲れるようなことは控えて下さい。接種後数日ないし2～3週間は副反応の出現に注意しましょう。

### 2) 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 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ その日に受ける予防接種によって、または予防接種に含まれる成分で、アナフィラキシー（接種後に起こる急性のアレルギー反応のことで、じんま疹・呼吸困難・ショック状態など）を起こしたことがある人
- ④ 医師が接種が不相当と判断した場合

### 3) 予防接種を受けるに際し、お医者さんとよく相談しなくてはならない人

これに該当すると思われる人は、主治医と相談の上、その医師に接種してもらうか、あるいは主治医の意見書又は診断書をもらってから接種に行ってください。

- ① 心疾患、腎疾患、肝疾患、神経疾患、血液疾患、発育障害、その他慢性疾患等で医療を受けている人
- ② カゼなどのひき初めと思われる人
- ③ 前の予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹、じんま疹などのアレルギーを思わす異常がみられた人
- ④ 薬、食品に対してアレルギーのある人
- ⑤ 過去に中耳炎や肺炎によくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある人
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことがある人（小児の熱性けいれんの多くは、けいれんをおこした後、一定期間たてば接種できますので、主治医の意見を確認して下さい）
- ⑦ 家族内や周囲に、麻疹（はしか）、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう等の病気が流行している時で、予防接種を受ける本人がその病気にかかっていない人

\*\*\*\*\* 副反応が起こった場合 \*\*\*\*\*

予防接種の後、まれに副反応の起こることがあります。また予防接種と同時に他の感染症がたまたま重なって発症することがあります。予防接種を受けた後、接種部位のひどい腫れ、発熱、ひきつけ等、さらにおたふくかぜ様の症状があったら、必ず医療機関を受診して下さい。

# おたふくかぜワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

|          |  |         |    |     |         |
|----------|--|---------|----|-----|---------|
| 住 所      |  | TEL ( ) |    | 度 分 |         |
| フリガナ     |  |         |    |     |         |
| 受ける人の氏名  |  | 男       | 生年 | 明治  | 年 月 日生  |
| (保護者の氏名) |  | 女       | 月日 | 昭和  | ( 歳 カ月) |
|          |  |         |    | 平成  |         |

| 質 問 事 項  | 回 答 欄                          |           | 医師記入欄 |
|--|--------------------------------|-----------|-------|
| 1. 今日受けられる予防接種について表面の説明文を読んで理解しましたか  | いいえ                            | はい        |       |
| 2. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか                          | ある(具体的に)                       | ない        |       |
| 3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか  | ある(具体的に)                       | ない        |       |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)   | はい(病名)                         | いいえ       |       |
| 5. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか  | はい(病名)                         | いいえ       |       |
| 6. 最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか                                | いる(病名)                         | いない       |       |
| 7. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか   | はい(予防接種名)                      | いいえ       |       |
| 8. 今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  | はい(具体的に)                       | いいえ       |       |
| 9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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              | はい(具体的に)                       | いいえ       |       |
| 10. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか  | ある( ころ 回くらい )<br>( 最後は 年 月ころ ) | ない        |       |
| 11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか                         | ある(薬、食品名)                      | ない        |       |
| 12. 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       |       |
| 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うけましたか   | はい(いつ 理由)                      | いいえ       |       |
| 14. 【ご婦人の方に】<br>1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか<br>2) 接種後約2ヵ月間の避妊について説明をうけましたか | はい<br>いいえ                      | いいえ<br>はい |       |
| 15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬状況など)                           |                                |           |       |

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| 医師の記入欄                          | 医師の署名 |
| 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) |       |

|  |                   |
|--|-------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません) | 本人の署名(もしくは保護者の署名) |
|--|-------------------|

| 使用ワクチン名 | 用法・用量          | 実施場所・医師名・接種日時  |
|---------|----------------|--|
|         | 皮下接種<br>0.5 mL | 実施場所: 愛知郡東郷町大字春木字新池5-1<br>医師名: 山口こどもクリニック 山口信行<br>接種日時: 平成 年 月 日 時 分 |