

麻しん風しん混合ワクチンの予防接種をご希望の方へ

麻しん風しん混合ワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。
なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

麻しん風しん混合ワクチンは麻しんウイルスと風しんウイルスを弱毒化した生ワクチンで、接種後に体の中でワクチンウイルスが増え、麻しんと風しんそれぞれの抗体ができます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、接種部位が接種直後から数日中に赤くなる、硬くなる、腫れることがありますが、通常、一過性で消失します。また、全身症状として、接種直後から数日中(接種後5～14日を中心)に、発熱、発疹、不機嫌、鼻漏などが起こることがあります。非常にまれですが、次のような副反応がみられることがあります。

- (1) ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)
- (2) 免疫性血小板減少症(紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など)
- (3) 急性散在性脳脊髄炎(接種後2週間程度で発熱、頭痛、けいれん、運動・意識障害など)
- (4) 脳炎・脳症
- (5) けいれん(熱性けいれんを含む)

予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱(通常は37.5℃以上)している方
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去に麻しん風しん混合ワクチンに含まれる成分により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患にかかっている方および免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 妊娠していることが明らかな方
- 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方

予防接種を受ける前に医師への相談が必要な方

- 1) 心臓血管系、腎臓、肝臓、血液、発育障害などの基礎疾患がある方
- 2) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 4) 過去に免疫不全と診断されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- 5) 本剤の成分(主にエリスロマイシン、カナマイシンの抗生物質)に対してアレルギーを起こす可能性のある方
- 6) 薬の服用または食事で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 7) 妊娠の可能性のある方
- 8) 最近1か月以内に予防接種を受けた方

接種後の注意

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種後、2週間ほどは副反応の出現に注意しましょう。
- 3) 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- 4) 接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれん等の異常な症状があらわれた場合は、すぐに医師の診察を受けてください。
- 5) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 6) 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」により治療費などが支給さ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などをご覧ください。

接種予定日	医療機関名
月 日 ()	
時 分頃	

麻しん風しん混合ワクチン接種予診票

*接種希望の方は
太ワク内にご記入ください。

住 所		〒		TEL () -		診察前の体温		度		分	
フリガナ				男・女		生年 月 日		年		月 日 生	
受ける人の氏名								(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説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
これ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の予防接種を受けたことがありますか。	はい (ワクチン名)	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に)	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい (病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か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	
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。	はい(予防接種名 (症状))	いいえ	
近親者の中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(予防接種名 (症状))	いいえ	
最近6か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 (理由)	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に) 現在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。注:接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)。医師の署名または記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて 本人の署名(もしくは保護者の署名)
理解した上で、接種することを希望しますか (はい・いいえ)。

(被接種者が自署できない場合、代理人が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)

代理人の場合：続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：はしか風しん混合生ワクチン メーカー名： 製造番号：	皮下接種 左・右 0.5 mL	医療機関名： 医 師 名： 接種日時： 年 月 日 時 分

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。