

# おたふくかぜ 予防接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

大垣徳洲会病院

住 所		男・女	電話 ( ) -	
ふりがな 受ける人の氏名			生年 月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 平成 (満 歳)
ふりがな 保護者の氏名			診察前の体温 度 分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ( )	はい	いいえ	
3. 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	
4. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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	はい	いいえ	
5. 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	
6. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
7. 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	
8. 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・症状 ( )	はい	いいえ	
9. 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンを受けましたか	はい	いいえ	
10. 1カ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	
11. 1カ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、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	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
13. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いて下さい( )	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい			

15. 医師の記入欄  
 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)  
 医師署名又は記名押印

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 )  
 保護者の署名(もしくは本人の署名)

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時			
乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン		皮下接種 mL	実施場所	年 月 日 時 分		
メーカー名 Lot. No. カルテNo.	化学及血清療法研究所		医師名 接種日時			

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、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# おたふくかぜワクチンの接種について

おたふくかぜの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

## 【おたふくかぜについて】

おたふくかぜは伝染力の強いムンプスウイルスによって起こる発熱と耳下腺の腫れを特徴とする病気です。潜伏期(約18日)の後、耳下腺の腫脹と圧痛を主症状として急激に発症します。ウイルスが全身の各臓器や神経組織を侵して神経系組織や内分泌系の腺臓器に病気が及びやすいのが特徴です。耳下腺の腫れは片側若しくは両側に認められ、その持続は3～7日、長いときは約10日に及びます。発熱は38℃前後で数日程度です。合併症としては睾丸炎、卵巣炎、睇炎、腎炎、髄膜炎、難聴などがあります。

## 【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、ムンプスウイルスを弱毒化したあと凍結乾燥した生ワクチンです。副反応は、全身症状として接種後2～3週頃に発熱、耳下腺腫脹、嘔吐、咳、鼻水などがあらわれることがあります。局所反応として発赤、腫脹(はれ)などがあらわれることがあります。通常、2～3日中に消失します。

まれにショック、無菌性髄膜炎、急性血小板減少性紫斑病、難聴、精巣炎の発生も報告されています。このような健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

## 【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℃を超える人)
- 2, 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 3, 過去におたふくかぜワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人  
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4, 免疫機能に異常のある疾患をもつ人及び免疫抑制を来すような治療を受けている人
- 5, 妊娠していることが明らかな人
- 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

## 【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- 1, 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2, 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3, カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4, 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5, 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6, 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7, 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人

## 【予防接種を受けた後の注意】

- 1, おたふくかぜワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2, 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るようなことはやめましょう。
- 3, 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4, 万一、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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日( )です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	