

# 風しんワクチン 接種申込書・予診票

**任意接種用**

本予診票は定期接種の予診票としては使用できません。  
別途市町村等より配布されているものを使用してください。

# 風しんワクチンの予防接種をご希望の方に

## 1. 風しんについて

風しんは風しんウイルスによっておこる感染症で「三日ばしか」とも呼ばれます。主に春先から初夏にかけて流行し、飛沫感染でヒトからヒトへと感染します。感染力は、麻疹や水痘(水ぼうそう)ほど強くありません。

## 2. 風しんの症状は

主な症状は、発疹、発熱、リンパ節の腫れで、そのほかにせき、鼻汁、目が赤くなるなどの症状もみられます。潜伏期間(ウイルスに感染後、無症状の期間)は2～3週間で、発疹の出る2～3日前から発疹が出た後の5日くらいまでは感染力があるといわれています。感染しても子どもでは3日程度で治るとされていますが、大人になってからかかると関節痛がひどくなるなど重症化する傾向がみられます。

## 3. 風しんの合併症は

一般的に予後は良好といわれていますが、まれに血小板減少性紫斑病(症状としては出血斑、鼻血；約3000人に1人)や脳炎(症状としては発熱持続、けいれん、意識障害；約6000人に1人)といった重い合併症がみられる場合もあり、決して軽視できない疾患です。

妊娠初期の女性が風しんにかかると、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、難聴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。一緒に生活しているご家族からうつることが多いため、ご家族が風しんにかからないようにワクチンを受けておくことも大切です。

## 4. ワクチンの効果と副反応

ワクチンにより95%以上の人に免疫が獲得されます。ただし、1回の予防接種では免疫力が上がらない人や風しんに対する抗体価が次第に低くなっている人もいるため、現在では2回の定期接種が勧められています。風しんには特別な治療法はなく対症療法だけなので、ワクチンによる予防が重要です。

主な副反応は、発疹、じんま疹、紅斑、かゆみ、発熱、リンパ節の腫れ、関節痛などが認められ、接種部位に発赤、腫脹(はれ)、疼痛(痛み)があらわれることがあります。まれに重い副反応として、ショック、アナフィラキシー、紫斑・鼻出血・口腔粘膜出血等の症状が見られる血小板減少性紫斑病(100万人接種あたり1人程度)が報告されています。

## 5. 次の方は接種できません

- ① 明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 本剤の成分によりアナフィラキシー(重いアレルギー反応)を起こしたことがある方
- ④ 免疫機能に異常のある方・免疫抑制をおこす治療を受けている方
- ⑤ 妊娠している方および妊娠している可能性のある方
- ⑥ その他、医師に予防接種を行うことが不適當であると判断された方

## 6. 風しんワクチンを受けるには

4週間以内に他の予防接種を受けた場合には医師にご相談ください。

風しんワクチンは任意接種ですので、ワクチンの効果や副反応をお考えになったうえ、ワクチンの接種を受けるかどうかをお決めください。

ワクチンの接種を受けられるとお決めになった場合には、「風しんワクチン接種申込書・予診票」に正確に記入し、医師の問診、診察をお受けください。もし、ご不明な点がありましたら、医師にご相談ください。

## 7. 予防接種後の注意事項

接種当日は接種部位を清潔に保ち、過度な運動を避け静かに過ごしてください。接種後2週間は健康状態や副反応に留意し、何か気になる症状がある場合は、医師に連絡してください。

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。

**【女性の方への注意事項】** 接種前1ヵ月間、接種後2ヵ月間は、妊娠を避けることが必要です。

接種予定日	月 日( )です 時 分頃までにおこしてください。	医療機関名	
-------	------------------------------	-------	--

# 風しんワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

				診察前の体温	度	分
住 所	〒			TEL ( )	-	
フリガナ		男・女	生年月日	明 治	年	月 日 生
受ける人の氏名				大 正		
(保護者の氏名)				昭 和	( 歳	ヵ月)
				平 成		
質 問 事 項				回 答 欄		医師記入欄
今日受ける風しんの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか				いいえ	はい	
(接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか				はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか				はい	いいえ	
乳児検診で異常があると言われたことがありますか				はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所( )				はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか				はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか				はい	いいえ	
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言われましたか				はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、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	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )				はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 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もいいと言われましたか				はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか( )歳頃				はい	いいえ	
その時熱は出ましたか				はい	いいえ	
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 薬名・食品名( )				はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか				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がありますか 予防接種名( )				はい	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	いいえ	
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	
(ご婦人の方に)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ヵ月間は妊娠をさける必要があります				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	

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(もしくは保護者)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 _____	

本人記入(もしくは保護者)	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性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)どちらかを○で囲んでください 署名 _____ (代筆者の場合: 続柄 _____) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)	

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	接種場所・医師名・接種日時
名称: 乾燥弱毒生風しんワクチン (高橋株) メーカー名: 北里第一三共ワクチン株式会社 製造番号:	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	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。