

麻疹風疹混合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。

		診察前の体温		度	分
住所	フリガナ		TEL () -		
受ける人の氏名	男	生年	昭和	年	月 日生
(保護者の氏名)	女	月日	平成	(歳	ヵ月)

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の説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
【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	ある(具体的に)	ない	
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	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支喘息など)	はい(病名)	いいえ	
最近 1 ヶ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
最近 1 ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、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	
最近 1 ヶ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	
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	
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	
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(頃 回くらい) (最後は 年 月頃)	ない	
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	
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	
最近 6 ヶ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(いつ 理由)	いいえ	
【ご婦人の方に】 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	はい	いいえ	
2)接種後 2 ヶ月間の避妊について説明を受けましたか	いいえ	はい	
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記入下さい(投薬状況など)			

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) 医師の署名又は記名押印
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、説明した。

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、接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 : Lot. No. :	皮下接種 0.5 mL 接種部位 左・右 ()	実施場所 : 太陽クリニック 医師名 : 館岡昇 接種年月日 : 令和 年 月 日

お受けになる前に、必ずお読みください。

麻しん風しん混合ワクチンの接種を受けられる方へ

おたふくかぜワクチン接種を実施するにあたって、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。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。接種を受ける方がお子さまの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入し、母子手帳も必ずお持ちください。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により約 95%の人に免疫が獲得されます。ただし、1 回の接種では免疫力が上がらない人や麻しんおよび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。麻しんおよび風しんには特別な治療法はなく、対処療法だけなのでワクチン接種による予防が重要です。ワクチン接種直後から数日中に発疹、蕁麻疹、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種 5～14 日後に 1～3 日間のだるさ、不機嫌、発熱、発疹、また局所症状として接種部分に発赤、腫脹、硬結、疼痛などがみられることがあります。非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫など）、血小板減少性紫斑病（接種後数日から 3 週間頃に紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から 2 週間程度に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、脳炎・脳症、けいれんがみられることがあります。何か異常が認められた場合は、医師の診察を受けて下さい。

予防接種を受けることができない方

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃以上の方)
2. 重篤な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方
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方は、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. 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方及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(ワクチン接種後は少なくとも 2 カ月間の避妊が必要です)
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

予防接種を受ける際に医師とよく相談していただく方

1. 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
2. 発育が悪く医師や保育士の指導を継続して受けている方
3. 未熟児で生まれて発育の悪い方
4. 風邪などのひきはじめと思われる方
5. 過去に予防接種を受けたときに、2 日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた方
6. 薬の投与又は食事(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
7. 今までにけいれんを起こしたことがある方
8. 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことのある方
9. 近親者の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気が流行している時で、まだ、その病気にかかったことがない方
10. 妊娠の可能性のある方(ワクチン接種後少なくとも 2 カ月間の避妊が必要です)
11. 気管支喘息のある方

予防接種を受けた後の注意

1. 麻しん風しん混合ワクチンを受けたあと 30 分間は、院内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. 麻しん風しん混合ワクチン接種後、4 週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 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ことはやめましょう。
4. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、激しい運動は避けましょう。
5. 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。
6. 接種後 2 カ月間は妊娠しないように注意して下さい。