

麻しん(はしか)ワクチンの接種を受けられる方へ

〈接種を受ける時の注意〉

- ①麻しんワクチンのパンフレットなどをよく読んで、必要性や副反応についてよく理解しましょう。わからないことは、接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
- ②受ける前日は入浴(又はシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
- ③当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところのないことを確認して下さい。
- ④清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤予診票は接種して下さるお医者さんへの大切な情報です。責任をもって正確に記入するようにしましょう。
- ⑥接種を受ける方の母子手帳があれば持っていきましょう。

〈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℃を超える場合)
- 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、麻しん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、今回のワクチンでもアナフィラキシーを起こす可能性があり、お医者さんに接種を受ける前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もっている人、また免疫抑制になる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、お医者さん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、お医者さん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発育が悪くお医者さんや保健婦の指導を継続して受けている人
- ③未熟児で生まれて発育の悪い人
- ④カゼなどのひきはじめと思われる人
- ⑤前に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思わす異常がみられた人
- ⑥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
- ⑦今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑧過去に中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある人
- ⑨家族の中で、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、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)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人

〈予防接種を受けた後の注意〉

- ①麻しんワクチンを受けたあと30分間は、病院にいるなどして様子を観察しお医者さんとすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ②麻しんワクチン接種後、2~3週間は副反応の出現に注意しましょう。
- ③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、はげしい運動はさけましょう。
- ⑤万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けて下さい。

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	

麻しん(はしか)予防接種 予診票 (任意接種用)

	診察前の体温	度 分
住 所		
受ける人の氏名	男	生年 年 月 日生
保護者の氏名	女	月日 (満 歳 カ月)

質 問 事 項 (あてはまる項目を○でかこんで下さい)	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ
(接種を受けられる方がお子さんの場合) 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 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
今日体に具合の悪いところがありますか	ある	ない
あると回答された方は、その症状をご記入下さい 症状()		
最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい 病名()		
1カ月以内に家族や友だちで麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい	いいえ
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい 病名()		
1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ
はいと回答された方は、その予防接種名をご記入下さい 予防接種名()		
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか	はい	いいえ
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい 病名()		
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	いいえ	はい
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある	ない
あると回答された方は、何歳頃でしたか ()歳頃		
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ
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	ある	ない
あると回答された方は、その症状をご記入下さい 症状()		
接種を受けられる方の兄弟の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない
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	ある	ない
あると回答された方は、その予防接種名をご記入下さい 予防接種名()		
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いる	いない
※ 6カ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
現在妊娠していますか	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	ある	ない

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) 医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせます) 保護者(成人の方は本人)のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
「ピケンCAM」	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	0.5 mL	医師名
		接種年月日 平成 年 月 日

※(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など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。