

# おたふくかぜワクチンの接種を受けられる方へ

## 1. 予防できる病気

おたふくかぜ

## 2. このワクチンについて

おたふくかぜワクチンはムンプス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、約90%の人に抗体ができます

## 3. 接種を受ける時の注意

- ・ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう
- ・受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう
- ・当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認しましょう
- ・清潔な着衣をつけましょう
- ・予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
- ・予防接種を受ける方が女性の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう
- ・生ワクチン（注射剤）の接種を受けた方は、通常、27日以上の間隔をおいてこのワクチンを接種してください。また、医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができます

## 4. 副反応

ワクチン接種後に、他のワクチン接種でもみられるのと同様に下記のような副反応がみられますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

<局所>

接種部位の発赤、腫れ、痛みなど

<全身>

発熱、耳下腺の腫れ、嘔吐、咳、鼻汁など

下記のような重篤な副反応は発生率が非常に低いとされていますが、接種後に異常な症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診することが推奨されます。

ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、無菌性髄膜炎（接種後3週間前後）  
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）  
脳炎、脳症、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、難聴、精巣炎（精巣腫脹など）  
急性膵炎（腹痛、発熱、嘔気・嘔吐など）

## 5. 次の方は接種を受けないでください

- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重い急性疾患にかかっている方
- ・過去におたふくかぜワクチンの接種により、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
- ・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
- ・妊娠している方
- ・その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

## 6. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- ・心臓血管系、腎臓、肝臓、血液、発育障害などの基礎疾患のある方
- ・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
- ・過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ・過去に免疫状態の異常を指摘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
- ・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
- ・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
- ・妊娠の可能性のある方、授乳中の方（授乳中は安全性が確立されていないので避けた方が望ましい）
- ・最近1か月以内に予防接種を受けた方

## 7. 接種後は以下のことに注意してください

- ・接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう
- ・接種後4週間は体調に注意しましょう
- ・接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう
- ・接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です
- ・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください
- ・接種後2カ月間は避妊するようにしましょう
- ・このワクチンに限らず、ワクチン接種により血管迷走神経反射によりめまいや立ちくらみが起こる可能性があるため、車の運転や高所での作業は注意しましょう

## 8. 医薬品副作用救済制度について

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等をご覧ください。



予防接種予診票（おたふくかぜワクチン）

診察前の体温 ℃

太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。

個人情報入力欄：フリガナ、氏名、男・女、生年月日、西暦、年齢、月、日、保護者氏名、住所、TEL

質問事項と回答欄の表。項目：今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか、今日受けるおたふくかぜワクチンの予防接種を受けたことはありますか、現在、何かの病気で医師にかかっていますか、最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか、最近1カ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、最近1カ月以内に予防接種を受けましたか、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、今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか、今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか、薬や食品などでアレルギー症状を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか、近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか、近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか、最近6か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、【女性の方に】下記にあてはまることはありますか、接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか、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ください

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性などについて理解した上で、今回の予防接種を希望しますか？ 本人の署名（もしくは保護者の署名）

\*医師の記入欄

問診及び診察の結果、今日の予防接種は下記のように判断しました。 医師名、（実施できる ・ 見合わせた方がよい）

接種情報表：使用ワクチン名、ロット番号、接種部位、接種量、住所、大阪府大阪市北区梅田2-1-18 富士ビル2階・3階、【使用するものにチェック】、口乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン「タケダ」、皮下注射、0.5mL、西梅田シティクリニック、院長 赤松 敬之、印、接種年月日 令和 年 月 日

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。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。