

風しんの第5期の予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男 ・ 女
生 年 月 日	昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ()	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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
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ください。()	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。	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はありますか。 症 状 () 予防接種の種類 ()	ある	ない	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患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よいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1 ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
6 カ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	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認した。（した・していない） 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） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注) 有効期限がきれていないか確認	0. 5 m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

風しんの第5期の予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

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)

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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

風しん第 5 期予防接種についての説明書

1 風しんについて

風しんは、風しんウイルスによって引き起こされる急性の発疹性感染症で、風しんの免疫がない集団において、1 人の風しん患者から 5～7 人にうつす強い感染力を有します。

風しんウイルスの感染経路は、飛沫感染で、ヒトからヒトへ感染が伝播します。

症状は不顕性感染（感染症状を示さない）から、重篤な合併症併発まで幅広く、特に成人で発症した場合、高熱や発疹が長く続いたり、関節痛を認めるなど、小児より重症化することがあります。また、脳炎や血小板減少性紫斑病を合併するなど、入院加療を要することもあるため、決して軽視はできない疾患です。

また、風しんに対する免疫が不十分な妊娠 20 週頃までの女性が風しんウイルスに感染すると、眼や心臓、耳等に障害をもつ（先天性風しん症候群）子どもが出生することがあります。（妊娠 1 か月でかかった場合 50%以上、妊娠 2 か月の場合は 35%などとされています）。

2 ワクチンについて

麻しん風しん混合（MR）ワクチンまたは風しんワクチンを使用します。予防接種を受けた方のうち 95%以上の 方が免疫を獲得することができます。

3 ワクチンの副反応について

予防接種により軽い副反応（発しん、じんましん、紅斑、掻痒（かゆみ）、発熱、リンパ節の腫れ、関節痛）が みられることがあります。まれに生じる重い副反応として、ショック、アナフィラキシーがあり、また、急性 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。

4 予防接種を受けることができない人

- ・接種当日明らかに発熱のある方（37.5℃以上）
- ・重篤な急性疾患にかかっている方
- ・ワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーショックを起こしたことがある方
- ・その他、医師が接種不適当な状態と判断した方

5 予防接種を受けるときに注意が必要な方

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている方
- ・予防接種後 2 日以内に発熱、発疹、じんましんなどアレルギーを疑う症状がみられた方
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・免疫不全の診断がされている方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ・6 か月以内に輸血、ガンマグロブリンの投与を受けた方

6 予防接種を受けた後の注意事項

- ・予防接種を受けた後 30 分間は、急な副作用が起こることがあります。医師（医療機関）と、すぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ・予防接種後に高熱やけいれんなどの異常があった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ・入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすらないようにしましょう。
- ・接種当日は、激しい運動や過度の飲酒は避けてください。

7 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく救済を受けることができます。ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものなのか、別の要因（予防接種の前後にかかった感染症等）によるものかが国の審査会で審議され、厚生労働大臣に因果関係が認定された場合に限ります。