

おたふくかぜの予防接種について(説明書)

1. おたふくかぜについて

おたふくかぜは流行性耳下腺炎とも呼ばれ、ウイルスによって起こる病気です。耳の下（耳下腺）のはれと発熱が主な症状で、ほとんどの人が2～9歳頃にかかり、特に3～4歳にかけて多くみられます。潜伏期間は2～3週間で、学校伝染病の1つに指定されており、耳下腺のはれが消えるまでは、登校・登園が停止されます。

おたふくかぜの合併症として、無菌性髄膜炎が2～3%位に起こっています。また、離聴が数万人に1人程度起こっています。男子が思春期以降にかかった場合には、精巣（睾丸）炎を併発することもあり、不妊（男性不妊）症を起こす心配があります。

2. おたふくかぜワクチンの接種について

- ① おたふくかぜワクチンの接種は、任意で受けてほしい方が自費で接種を受けることになっています。
- ② 接種年齢は、1歳を過ぎれば受けられますが、感染のピークとなる3歳頃までに受けることが望まれます。もちろん、おたふくかぜにかかっていなければ、それ以降の年齢の方や大人でも受けられます。このワクチンを接種後、約90%の人に免疫ができます。
- ③ 流行期間中に、おたふくかぜの子と共に居合わせたことにより、すでにかかってしまっている場合があります。この場合、接種を受けても予防が間に合わず、おたふくかぜの症状が出てしまうことがあります。まわりにおたふくかぜの子がいる場合は、接種を見合わせて下さい。ただし、自然におたふくかぜにかかった時期（潜伏期間中）と、ワクチンを受けた時期が重なっても、特に症状が重くなるような心配はありません。

3. おたふくかぜワクチンの接種を受けた後の副反応

- ① 接種後2～3週間たった頃、まれに発熱、耳下腺のはれ、嘔吐、咳、鼻汁などを認めることがありますが、一般に症状は軽く、通常、数日中に消失します。
- ② また、自然のおたふくかぜにかかった場合に比べて頻度は少ないのですが、ワクチンによると疑われる無菌性髄膜炎が接種後2～3週間頃、まれに発生することがあります。
- ③ 接種を受けた後、無菌性髄膜炎にかかりますと発熱、嘔吐、頭痛などの症状があらわれます。このような症状が出た場合には、無菌性髄膜炎が疑われますので、速やかに医師の診察を受けて下さい。通常2週間前後の治療の後に軽快、回復しています。

4. 接種を受けてはいけない人

- ① 明らかに発熱している人
- ② 重い急性の病気にかかっている人
- ③ その他、医師が接種に不適当な状態と判断した人

5. 接種を受ける時の注意

- ① 接種はからだの調子がよい時にだけ受けて下さい。
- ② 元気がない、機嫌が悪い、食欲がすすまないなど、普段と変わったことがあれば、医師に相談して下さい。そのような時は、無理をせず次の機会に受けて頂いても結構です。
- ③ 体温は、家を出る前に測ってきて下さい。
- ④ 入浴は、できるだけ接種前日に済ませ、からだを清潔にしておいて下さい。
- ⑤ 卵アレルギーのある方は医師によく相談して下さい。
- ⑥ 「母子健康手帳」を接種を受ける日に持参して下さい。

6. 接種を受けた後の注意

- ① 接種当日は激しい運動は避けて下さい。その他はいつもの生活で結構です。
- ② 接種した部位は清潔に保って下さい。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすことは避けて下さい。
- ③ もし、高熱、けいれん、嘔吐、その他異常な症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。
- ④ おたふくかぜワクチンは生ワクチンですので、接種後1ヶ月近くは体内で弱毒ウイルスが生きています。この間は、副反応の発現や体調の変化に気を付けて下さい。



ムンプス(おたふくかぜ) 予防接種予診票

住所:	保護者氏名:	診察前の体温	
受ける人の名前:	男・女	生年月日:	年 月 日 (満 歳 カ月)
		度	分

質問事項	回答欄		医師記入欄
ムンプスワクチンについて書かれている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
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 乳児健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 具合の悪い症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい	いいえ	
生まれてから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、他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか 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	はい はい	いいえ いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 その時、熱が出ましたか	はい はい	いいえ 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	
お子さん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	
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	
家族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か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか	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) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所
ムンプスワクチン Lot No.	(皮下) ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日