

# おたふくかぜの予防接種をご希望の方に

## 1 おたふくかぜとその症状

患者のせきやくしゃみなどにより空中に飛び出した、ムンプス(おたふくかぜ)ウイルスを吸い込むことにより感染します。潜伏期間は2~3週間で、軽度の発熱と耳の痛みで始まり、耳の下(耳下腺)のはれが顕著になりますが、その症状は通常5~7日で回復に向かいます。

## 2 おたふくかぜと合併症

おたふくかぜの合併症としては無菌性髄膜炎、ムンプス難聴、脳炎、睾丸炎(精巣炎)、卵巣炎、膵炎などが報告されています。合併症が起こる頻度は、無菌性髄膜炎(症状としては発熱、頭痛、嘔吐)が約10人に1人、ムンプス難聴が約1,000人に1人、脳炎(症状としては発熱持続、けいれん、意識障害)が5~6,000人に1人と報告されています。思春期頃におたふくかぜにかかった人のうち、数%の人が睾丸炎(症状としては発熱、睾丸腫脹)を合併しますが、男性不妊の原因となることは極めてまれです。

## 3 免疫

おたふくかぜの感染者は小学校低学年や幼稚園の子供たちに多くみられます。一度おたふくかぜにかかったひとが耳下腺炎を起こす例も再発性耳下腺炎として報告されていますが、ムンプスウイルスの感染によるという確実な証拠はありません。予防接種を受けた人のほとんどに免疫ができます。しかし、抗体の低下する症例が報告されており、ワクチンの有効率は90%前後ではないかと考えられます。小さい頃におたふくかぜにかかった場合、特徴的な症状を示さない、いわゆる不顕性感染で終わる例もあります。既に抗体のある人にワクチン接種を実施しても問題はなく、免疫は高められます。

## 4 ワクチンの効果と副反応

### ①おたふくかぜワクチンの効果

おたふくかぜワクチンは弱毒生ワクチンで、身体の中でワクチンウイルスが増え、抗体ができます。抗体はワクチン接種を受けた90%前後の人にでき、おたふくかぜに対する免疫はワクチン接種2週間後からできます。おたふくかぜの潜伏期間にワクチン接種を受けても、特におたふくかぜの症状が重くなるようなことはありません。

### ②おたふくかぜワクチン接種後の副反応

おたふくかぜワクチン接種後2~3週ごろに、発熱、耳下腺腫れ、嘔吐、咳、鼻汁等の症状があらわれることがあります。これらの症状は通常、数日中に消失します。

接種後3週間後に、発熱、頭痛、嘔吐等の症状が見られる無菌性髄膜炎が数千人に1人程度の頻度、接種後数日から3週間後に紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等症状の見られる血小板減少性紫斑病が100万人に1人程度の頻度で、また、頻度は不明ですが、急性散在性脳脊髄炎や脳炎・脳症があらわれることがあります。まれに難聴、精巣炎があらわれたとの報告があります。

接種後(30分間程度)にショック、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)がまれにあらわれることがあります。

(裏面もご覧ください)

## 5 次の方は接種を受けないでください

- ①明らかに発熱している方
- ②重い急性疾患にかかっている方
- ③本剤の成分〔カナマイシン、エリスロマイシン(抗生物質)等〕により、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ④医師より免疫不全等の診断を受けた方または免疫抑制をきたす治療を受けている方
- ⑤妊娠している方および妊娠している可能性のある方
- ⑥その他、医師に接種が不適當な状態であるという診断を受けた方

## 6 接種を受けるときに

他の生ワクチン(BCG・麻しん・風しん・水痘・麻しん風しん混合など)を接種した場合は27日以上あけてから、また不活化ワクチン(DPT3種混合・DT2種混合・不活化ポリオ・日本脳炎・インフルエンザなど)を接種した場合は6日以上あけてから接種を行ってください。

おたふくかぜワクチンの接種は任意接種ですので、ワクチンの効果や副反応をお考えになったうえ、ワクチンの接種を受けるかどうかをお決めください。

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」により治療費等が受けら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。

ワクチンの接種を受けられるとお決めになった場合には、「おたふくかぜワクチン接種予診票」に正確に記入し、医師の問診、診察をお受けください。

もし、元気がないなど、ふだんと変わったことがあった場合には、医師にご相談ください。

【女性の方への注意事項】 接種前1ヵ月間、接種後2ヵ月間は、妊娠を避ける必要があります。

接種 予定 日	年      月      日(      )	医療 機 関 名	
---------------	-------------------------	-------------------	--

# おたふくかぜワクチン予防接種 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。

住 所		TEL ( )		度 分	
フリガナ		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 ( 歳 カ月)
受ける人の氏名 (保護者の氏名)					

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について表面の説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 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	
3. 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	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)	はい(病名)	いいえ	
5. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、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	
7. 最近1ヵ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	
8. 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	
9. 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	
10. 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( ころ 回くらい ) ( 最後は 年 月ころ )	ない	
11. 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	
12. 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	
13. 最近6ヵ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	
14. 【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 2) 接種後約2ヵ月間の避妊について説明を受けましたか	はい いいえ	いいえ はい	
15. 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ご記入下さい(投薬状況など)			

医師の記入欄

医師の署名

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)

本人及び保護者に対して、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)

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	実施場所・医師名・接種日時
乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン「タケダ」 (Lot No. )	皮下接種 mL	実施場所: 医師名: 接種日時:平成 年 月 日 時 分