

# おたふくかぜワクチン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10～100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5,000～6,000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、耳下腺の腫れ、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、急性膵炎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（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。

## 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、医師に接種が不適当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

4週間以内に他の予防接種を受けた場合には医師にご相談ください。

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申込書・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	月 日( )です 時 分頃までにおこしてください。	医療 機 関 名	
---------------	------------------------------	-------------------	--

## おたふくかぜワクチン接種予診票

\*接種希望の方は  
太枠内にご記入ください。

		診察前の体温		度		分	
住 所	〒			TEL ( )		-	
フリガナ							
受ける人の氏名	男・女		生年 月 日	年 月 日生		( 歳 か月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に )	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい (病名 ) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名 )	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名 )	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい ( 回くらい ) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名 )	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名 )	いいえ	
最近1か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	
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。	はい(予防接種名 症状 )	いいえ	
近親者の中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 (予防接種名 )	いいえ	
最近6か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 (理由 )	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に )	いいえ	
(女性の方に) 現在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。注:接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に )	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)。医師の署名または記名捺印本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づき救済について説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて  
理解した上で、接種することを希望しますか ( はい・いいえ )。 本人の署名(もしくは保護者の署名)  
(被接種者が自署できない場合、代理人が署名し、被接種者との続柄を記載ください。) 代理人の場合:続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称:おたふくかぜ生ワクチン メーカー名:第一三共株式会社 製造番号:	皮下接種 左・右 0.5 mL	医療機関名: かごしまたんぽぽ小児科 医師名: 山元公恵 接種日時: 年 月 日 時 分