

麻疹風疹混合ワクチンの予防接種をご希望の方に

1 麻疹（はしか）について

麻疹は、麻疹ウイルスによっておこる感染症で、主に春から夏にかけて空気感染・飛沫感染・接触感染でヒトからヒトへと感染します。感染力がとて強い（インフルエンザより強い）ので、麻疹に対する免疫（抗体）を持たない人または免疫力（抗体価）の低い人に広く感染してしまいます。

2 麻疹の症状は

主な症状は、発熱・咳・鼻汁・目やに・発疹などです。約10～12日の潜伏期間（ウイルスに感染後、無症状の期間）のあとに症状が出始め、38℃前後の発熱があり、麻疹特有の白く小さな斑点（コプリック斑）も頬の内側の口腔粘膜にあらわれます。数日後に一時熱が下がりますが、24時間以内に再び高熱（39～40℃）となり、鮮紅色の発疹が全身に広がっていきます。主な症状は7～10日で快復していきますが、発疹のあとは、茶褐色の色素沈着となりしばらく残ります。

麻疹に対する免疫力が低下した人が感染し、上記症状の一部しかみられない修飾麻疹（病原体が検出されたもの）と分類される人もいます。修飾麻疹は麻疹より症状は軽症ですが、感染力は麻疹と同様なので感染を広げてしまうおそれがあり、注意が必要です。

3 麻疹の合併症は

麻疹にかかるとおよそ30%に合併症がみられ、主な合併症は、気管支炎、肺炎、中耳炎、脳炎などです。脳炎は約1000人に1人の割合でみられ、麻痺・けいれんなどの中枢神経系の後遺症を残すこともあります。さらに麻疹にかかったあと数年～10数年後に発症する亜急性硬化性全脳炎（SSPE）という死に至る合併症が、麻疹にかかった人のうち約10万人に1人の割合で報告されています。

麻疹にかかった人のうち、1000人に1人程度の割合で死亡することがあります。

4 風疹について

風疹は、風疹ウイルスによっておこる感染症で「三日ばしか」とも呼ばれます。主に春先から初夏にかけて流行し、飛沫感染でヒトからヒトへと感染します。感染力は、麻疹や水痘（水ぼうそう）ほど強くありません。

5 風疹の症状は

主な症状は、発疹、発熱、首のうしろのリンパ節の腫れで、そのほかに咳、鼻汁、目が赤くなるなどの症状もみられます。潜伏期間は2～3週間で、発疹の出る2～3日前から発疹が出た後の5日くらいまでは感染力があるといわれています。感染しても子どもでは3日程度で治るとされていますが、大人になってからかかると関節痛がひどくなるなど重症化する傾向がみられます。

6 風疹の合併症は

一般的に予後は良好といわれていますが、まれに血小板減少性紫斑病（症状としては出血斑、鼻血；約3000人に1人）や脳炎（症状としては発熱持続、けいれん、意識障害；約6000人に1人）といった重い合併症がみられる場合もあり、決して軽視できない疾患です。

妊娠初期の女性が風疹にかかる、先天性風疹症候群と呼ばれる病気により、心臓病、白内障、難聴などの障害を持った赤ちゃんが生まれる可能性があります。一緒に生活しているご家族からうつることが多いため、ご家族が風疹にかからないようにワクチンを受けておくことも大切です。

7 ワクチン(麻しん風しん混合ワクチン)の効果と副反応

ワクチンにより約95%の人に免疫が獲得されます。1回の予防接種では免疫力が上がらない人や麻しん及び風しんに対する抗体価が次第に低くなっている人もいるため、現在では2回の定期接種が勧められています。麻しん及び風しんには特別な治療法はなく、対症療法だけなのでワクチンによる予防が重要です。

このワクチンは生ワクチンなので、ウイルスが体内でふえ、約20%の人に発熱や約10%の人に発疹などの副反応がみられます。接種後5～10日頃に38℃前後の発熱がみられ3日ほどで下がります。発疹も同じ頃に出現します。接種直後から翌日に過敏症状と考えられる発熱、発疹、掻痒(かゆみ)などがみられることがあります。これらの症状は通常1～3日でおさまります。ときに、接種部位の発赤、腫れ、硬結(しこり)、リンパ節の腫れ等がみられることがありますが、いずれも一過性で通常数日中に消失します。まれに重い副反応としてショック・アナフィラキシー様症状・急性血小板減少性紫斑病(100万人接種あたり1人程度)・脳炎(100万人接種あたり1人以下)・けいれんなどを起こすことがあります。ワクチン接種後に起こる亜急性硬化性全脳炎(SSPE)は極めてまれで、自然の麻しんウィルスに感染し発症した場合の1/10以下程度と報告されています。

8 次の方は接種できません

- ①明らかに発熱(通常37.5℃以上)している方
- ②重い急性疾患にかかっている方
- ③本剤の成分によりアナフィラキシー(重いアレルギー反応)を起こしたことがある方
- ④免疫機能に異常のある方・免疫抑制をおこ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、医師に予防接種を行うことが不適当であると判断された方

9 麻しん風しん混合ワクチンを受けるには

他の生ワクチン(BCG・麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなど)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。

今回あなたが接種する麻しん風しん混合ワクチンは任意接種です。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。

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、「麻しん風しん混合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、ご不明な点がありましたら、医師にご相談ください。

10 予防接種後の注意事項

接種当日は接種部位を清潔に保ち、過度な運動を避け静かに過ごしてください。接種後2週間は健康状態や副反応に留意し、何か気になる症状がある場合は、医師に連絡してください。

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。

【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	
-------	-------------------------	-------	--

麻しん風しん混合ワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

記入日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
本人氏名		生年月日	
保護者氏名	(未成年者(既婚者を除く)の場合は、こちらにも記入)	大正 昭和 平成 年 月 日生(歳)	男・女
住 所		電 話	

質問事項	回 答 欄	医師記入欄
01 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	はい いいえ	
02 接種を受けられる方がお子さんの場合におたずねします、 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれましたか	はい いいえ	
03 今日、体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください()	はい いいえ	
04 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
05 1ヵ月以内に家族や友達に麻しん、風しん、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	
06 1ヵ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	
07 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、 その他病気)にかかり医師の診断を受けていますか 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もいいといわれましたか	はい いいえ はい いいえ	
08 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱がでましたか	はい いいえ はい いいえ	
09 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
10 接種を受ける方の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	
11 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	
12 家族の中に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか	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 いいえ	
14 女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)接種後2ヵ月間は妊娠をさけることが必要です	はい いいえ	
15 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
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します 本人(本人が未成年者の場合は保護者)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ました 医師署名又は記名捺印
本人記入欄(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、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に (同意します ・ 同意しません) どちらかを○で囲んでください
署名 (代筆者の場合: 続柄) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載して下さい。)

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
ワクチン名: はしか風しん混合生ワクチン「北里第一三共」 Lot No : 最終有効年月日: 年 月 日	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	実 施 場 所 : 医 師 名 : 接 種 日 時 : 平成 年 月 日 時

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。