

**\*\*\*\*\* おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）ワクチンを接種される方へ \*\*\*\*\***

おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）はムンプスウイルスが原因です。耳の下や顎の下が腫れて、痛みを伴います。多くは両方が腫れますが、2、3割は片方だけのこともあります。腫れがある間は感染力があります。7～10日くらいで治ります。潜伏期間は2～3週間前後です。

おたふくかぜの合併症としては髄膜炎、難聴（多くは片側性）、稀に肺炎、睾丸炎、卵巣炎、心筋炎などがあります。おたふくかぜワクチンは1歳から受けられますが、小さい子はかかっても軽症のことが多いので、2才以降でもかまいません。免疫は80-90%程度に得られます。おたふくかぜは、知らない間にかかっていることもありますので、特に年長児、成人では抗体検査をし、罹患の有無を確認してからワクチン接種を受けることをお勧めします。また周囲でおたふくかぜが流行している時期は避けたほうが良いでしょう。

ワクチンの副反応としてまれに過敏反応、発熱、発疹、局所の発赤等、また2～3週間後におたふくかぜの症状がみられることがあります。また極稀に髄膜炎を発症することもあります。自然に感染して発症する髄膜炎の頻度よりはかなり低いです。

なお本ワクチン接種後は、27日以上間隔を置いて別の予防接種を受けることができます。

**\*\*\*\*\* 予防接種を受けに行く前に \*\*\*\*\***

**1) 注意すること**

予防接種は体調の良いときに受けて下さい。この説明書をよく読んで下さい。不明な点はお尋ね下さい。受ける子どもの今日の状態をよく観察し、責任をもって予診票に記入をお願いします。体温は、病院で接種直前に測って下さい。明らかに熱のある人（37.5℃以上）は、接種を受けられません。接種後30分位は、院内またはすぐに連絡のとれる範囲で様子を見て下さい。接種当時の入浴は差しつかえありませんが、接種部位をこすったり、激しい運動や特に疲れるようなことは控えて下さい。接種後数日ないし2～3週間は副反応の出現に注意しましょう。

**2) 予防接種を受けることができない人**

- ① 明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
- ② 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ その日に受ける予防接種によって、または予防接種に含まれる成分で、アナフィラキシー（接種後に起こる急性のアレルギー反応のことで、じんま疹・呼吸困難・ショック状態など）を起こしたことがある人
- ④ 医師が接種が不相当と判断した場合

**3) 予防接種を受けるに際し、お医者さんとよく相談しなくてはならない人**

これに該当すると思われる人は、主治医と相談の上、その医師に接種してもらうか、あるいは主治医の意見書又は診断書をもってから接種に行ってください。

- ① 心疾患、腎疾患、肝疾患、神経疾患、血液疾患、発育障害、その他慢性疾患等で医療を受けている人
- ② カゼなどのひき初めと思われる人
- ③ 前の予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹、じんま疹などのアレルギーを思わす異常がみられた人
- ④ 薬、食品に対してアレルギーのある人
- ⑤ 過去に中耳炎や肺炎によくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことのある人
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことのある人（小児の熱性けいれんの多くは、けいれんをおこした後、一定期間たてば接種できますので、主治医の意見を確認して下さい）
- ⑦ 家族内や周囲に、麻疹（はしか）、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう等の病気が流行している時で、予防接種を受ける本人がその病気にかかっていない人

**\*\*\*\*\* 副反応が起こった場合 \*\*\*\*\***

予防接種の後、まれに副反応の起こることがあります。また予防接種と同時に他の感染症がたまたま重なって発症することがあります。予防接種を受けた後、接種部位のひどい腫れ、発熱、ひきつけ等、さらにおたふくかぜ様の症状があったら、必ず医療機関を受診して下さい。

おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）予防接種 ー 予診票 ー

(任意接種用)

住 所	TEL ( ) -	
接種者氏名	診察前の体温	度 分
生年月日	平成 年 月 日生 (満 才 力月)	男 ・ 女
質 問 事 項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい)	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての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		
今日、体に具合の悪いところがありますか あればその症状を書いてください ( )	いいえ	はい
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 ( )	いいえ	はい
現在何か病気にかかっていますか 病名 ( )	いいえ	はい
治療 (投薬など) を受けていますか	いいえ	はい
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
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	いいえ	はい
出生後に異常がありましたか	いいえ	はい
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか	いいえ	はい
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 ( ) 歳頃 そのとき熱がでましたか	いいえ	はい
生まれてから今までに特別な病気 (先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、 免疫不全症、血液疾患、その他の病気) にかかり、医師に診察を受けていますか 病名 ( )	いいえ	はい
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
薬や食品で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	いいえ	はい
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )	いいえ	はい
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 ( )	いいえ	はい
1ヶ月以内に家族や周囲に麻しん、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 ( )	いいえ	はい
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい
本人または近親者に免疫不全と診断されている人はいますか	いいえ	はい
6ヶ月以内に輸血あるいは※ガンマグロブリンの投与を受ましたか	いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい

予診の結果、今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせる) 保護者 (もしくは本人) サイン

\* 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) 医師サイン

使用ワクチン (皮下接種量)	実施場所・医師名・接種日時
(0.5ml)	医師名: 接種年月日: 年 月 日 時 分

※ ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症、川崎病などの治療目的で注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。