

# 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、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、脳炎、睾丸炎（精巣炎）、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、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稀です。また、小児の突発性難聴者におたふくかぜの感染によると思われる例があることがわかってきており、その頻度は約15,000人に1人程度と考えられています。

## 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、おたふくかぜ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の免疫ができます。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後2週間からできます。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週間ごろに、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。

また、おたふくかぜワクチン接種後3週間前後に、発熱、頭痛、嘔吐等の症状が見られる無菌性髄膜炎が1万人に1人程度の頻度であらわれることがあります。

おたふくかぜワクチンを接種した人100万人に1人程度の頻度で、接種後数日から3週間前後に紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等症状の見られる急性血小板減少性紫斑病があらわれることがあります。また、まれに難聴、精巣炎があらわれたとの報告があります。

おたふくかぜワクチン接種後（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。

（裏面につづく）

## 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) 妊娠している方
- 5) 医師より免疫不全等の診断を受けた人または免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 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

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。

なお、ワクチン接種は思春期以前10歳までに済ませることをおすすめいたします。

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の予診票」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。

|               |   |       |               |
|---------------|---|-------|---------------|
| 接種<br>予定<br>日 | 年 | 日 ( ) | 医療<br>機関<br>名 |
|               | 月 |       |               |
|               | 時 | 分ごろ   |               |

# おたふくかぜワクチン接種予診票

|   |  |       |                      |                        |
|---|--|-------|----------------------|------------------------|
| 被接種者氏名  |  | 男・女   | 生年月日                 | 年 月 日生(満 歳 か月)         |
| 保護者氏名   |  | 診察前体温 |                      | 度 分                    |
| 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の説明文を読みましたか  |  |       | は い                  | いいえ                    |
| 保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします<br>出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>乳児検診で異常があるといわれたことがありますか |  |       | あつた<br>あつた<br>あ<br>る | なかつた<br>なかつた<br>な<br>い |
| 今日 体の具合の悪いところがありますか<br>あれば、その症状をお書きください<br>( )  |  |       | は い                  | いいえ                    |
| 最近 1か月以内に病気にかかりましたか<br>病名( )  |  |       | は い                  | いいえ                    |
| 1か月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気がいましたか<br>病名( )   |  |       | は い                  | いいえ                    |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>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、脳神経、免疫不全症、その他病気)にかかり医師の診察を受けていますか 病名( )                             |  |       | は い                  | いいえ                    |
| 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                    |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか<br>( )歳頃 その時熱はでましたか   |  |       | は い<br>は い           | いいえ<br>いいえ             |
| 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                    |
| 接種を受ける方の兄弟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<br>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投与を受けましたか  |  |       | は い                  | いいえ                    |
| 妊娠可能な方に、現在、妊娠していますか   |  |       | 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 (受ける・見合わせる)

保護者のサイン (お子様の場合)  
本人のサイン (大人の場合) \_\_\_\_\_

| 使用ワクチン        | 用法・用量             | 接種場所・医師名・接種日時      |
|---------------|-------------------|--------------------|
| 名称：おたふくかぜワクチン | 皮下接種<br><br>0.5mL | 医療機関名：             |
| メーカー名：北里研究所   |                   | 医師名：               |
| 製造番号：KO-      |                   | 接種日時： 年 月 日( ) 時 分 |