

麻しん風しん混合ワクチンの予防接種をご希望の方に

1. 麻しん（はしか）について

麻しんは、麻しん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、麻しんに対する免疫（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. 麻しんの症状は

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、麻しん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日で回復していきませんが、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。

麻しん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しん（病原体が検出されたもの）と分類される人もいます。修飾麻しんは麻しんより症状は軽症ですが、感染力は麻しんと同様の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. 麻しんの合併症は

麻しんにかかるとおよそ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。さらに麻しんにかかったあと数年～10数年後に発症する重急性硬化性全脳炎（SSPE）という死に至る合併症が、麻しん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。

麻しん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. 風しんについて

風しんは、風しん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、麻しんや水痘（水ぼうそう）ほど強くありません。

5. 風しんの症状は

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（ウイルスに感染後、無症状の期間）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. 風しんの合併症は

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しんにかかると、先天性風しん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、ご家族が風しん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。ただし、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5～14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が、これらの症状は通常1～3日でおさまります。また、接種部位の発赤、腫れ、硬結（しこり）、疼痛など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、血小板減少性紫斑病（100万人接種あたり1人程度）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM、頻度不明）、脳炎・脳症（100万人接種あたり1人以下）、けいれんなどをおこすことがあります。ワクチン接種後に起こる重急性硬化性全脳炎（SSPE）は極めてまれで、自然の麻しんウイ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・免疫抑制をおこなう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

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。

麻しん風しん混合ワクチン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。

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	月 日()です	医療機関名
	時 分頃までにおこしてください。	

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

				診察前の体温		度		分	
住 所	〒			TEL ()		-			
フリガナ				細・姓	生年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年	月	日生 (歳 ヲ月)
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	
今日受ける麻しん・風しんの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか						いいえ	はい		
(接種される方がお子さんの場合に)あなたの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 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があると言われたことがありますか						はい	いいえ		
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名・具合の悪い箇所 ()						はい	いいえ		
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 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言われましたか						はい	いいえ		
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		
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()						はい	いいえ		
特別な病気 (先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 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言われましたか						はい	いいえ		
けいれん (ひきつけ)をおこしたことがありますか ()歳頃 その時熱は出ましたか						はい	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 薬名・食品名 ()						はい	いいえ		
近親者に先天性免疫不全の方はいますか						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 予防接種名 ()						はい	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	いいえ		
6ヵ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		
(ご婦人の方に)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ヵ月間は妊娠を避ける必要があります						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		

医師の記入欄

<p>以下の事項を、必ずご確認ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できません。 例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる。</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください。</p> <p>副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤)：プレドニゾロン等 免疫抑制剤：シクロスポリン (サンディミュン)、タクロリムス (プロGRAF)、アザチオプリン (イムラン)等 その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等</p>		
<p>以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 本人 (もしくは代理人) 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く救済について説明した。</p>		医師の署名
<p>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)</p>		本人の署名 (もしくは代理人の署名)
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	皮下接種 0.5mL	<p>実施場所： 医師名：接 種日時： 年 月 日 時 分</p>