

麻しん風しん混合ワクチンの接種を受けられる方へ

接種を受ける時の注意

- ① 麻しん風しん混合ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前に医師に相談しましょう
- ② 受ける前日は入浴(又はシャワー)をして、体を清潔にしましょう
- ③ 当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところのないことを確認してください
- ④ 清潔な着衣をつけましょう
- ⑤ 予診票は接種して下さる医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
- ⑥ 接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳があれば持っていきましょう

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℃を超える人)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去に、麻しん風しん混合ワクチンの接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与をうけてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する人及び免疫抑制をきたす治療を受けている人
- ⑤ 妊娠していることが明らかな人(ワクチン接種後は少なくとも2ヵ月間の避妊が必要です)
- ⑥ その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

- ① 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ② 発育が悪く医師、保健師の指導を継続して受けている人
- ③ 未熟児で生まれて発育の悪い人
- ④ カゼなどのひきはじめと思われる人
- ⑤ 前に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを思わす異常がみられた人
- ⑥ 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑦ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑧ 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことのある人
- ⑨ 近親者の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気が流行している時で、まだ、その病気にかかったことがない人
- ⑩ 妊娠の可能性のある人(ワクチン接種後は少なくとも2ヵ月間の避妊が必要です)
- ⑪ 気管支喘息のある人

予防接種を受けた後の注意

- ① 麻しん風しん混合ワクチンを受けたあと30分間は、病院にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう
- ② 麻しん風しん混合ワクチン接種後、4週間は副反応の出現に注意しましょう
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう
- ⑤ 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください
- ⑥ 接種後2ヵ月間は妊娠しないように注意してください

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日() 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	〒940-0023 長岡市新町1-2-29 TEL: 0258-32-4884 医療法人社団 太田クリニック 太田こどもクリニック 理事長: 太田裕

任意接種用

麻しん風しん混合ワクチン予防接種 予診票

* 太枠内にご記入するか、○で囲んでください。

		診察前の体温		度	分
住所		TEL	()	-	
フリガナ	()	男	昭和・平成・令和	年	月 日生
受ける人の氏名		女	生年月日	()	歳 ヶ月)
保護者の氏名					

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種は何回目ですか。(今回: 回目) (前回接種日: 年 月 日)		
今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかの予防接種を受けたことがありますか。(ワクチン)	はい	いいえ
今日受ける予防接種についての説明を読み、理解しましたか。	いいえ	はい
【接種を受けられる方がお子さんの場合】		
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。あれば具体的に書いてください。()	あった	なかった
今日、体に具合の悪いところがありますか。(症状:)	はい	いいえ
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。(病名:)	はい	いいえ
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
1ヵ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。(病名:)	はい	いいえ
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(いつ:) (予防接種名:)	はい	いいえ
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。(病名:)	はい	いいえ
また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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(最後: 年 月頃)	はい	いいえ
その時、熱はありましたか。	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。(薬・食品の種類:)	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全症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はありますか。(予防接種名・症状:)	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注射を受けましたか。	はい	いいえ
【ご婦人の方に】 今、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。	はい	いいえ
接種後2ヵ月間の避妊について説明を受けましたか。	いいえ	はい
その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください。(投薬状況など)		

【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 (**実施できる** ・ **見合わせた方がよい**) と判断します。本人または保護者に対して、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。

医師の署名または記名押印 ()

【保護者記入欄】 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うえで、接種を希望しますか。

(**受けます** ・ **見合わせます**) 保護者 (もしくは本人) の署名 ()

使用ワクチン名	摂取量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
	皮下接種 0.5ml	〒940-0023 長岡市新町1-2-29 TEL: 0258-32-4884 太田こどもクリニック 医療法人社団: 太田クリニック 理事長: 太田裕 接種年月日:

※ (注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病の治療目的などで投与されることがあります。

この注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報、予防接種に関する予診のみに使用します。