

おたふくかぜの予防接種をご希望の方に

(平成 20 年 1 月変更)

1 おたふくかぜとその症状

患者の咳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、5～6000 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 15000 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症は小学校低学年や幼稚園の子どもたちに多くみられます。一度おたふくかぜにかかった人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に免疫ができます。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%前後ではないと考えられています。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症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（30 分程度）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。
 - 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。
 - 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、接種後終日から 3 週間後に紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等症状の見られる急性血小板性紫斑病が現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。

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 37.5℃以上
- 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）など〕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

おたふくかぜの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勧めいたします。

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 日生まれ（満 歳ヶ月）		
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。 出生体重（ ）kg 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 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか				あ っ た あ っ た あ る	な っ か っ た な っ か っ た な い	
今日、体の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	
最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名				は い	いいえ	
1ヶ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の方がいましたか 病名 ()				は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種をうけましたか 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 () 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 ()歳頃 その時熱はでましたか				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				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 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	
【妊娠可能な方】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）			

使用のワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名 称： おたふくかぜのワクチン メーカー名： 北里研究所 製造番号：	皮下接種 0.5ml	医療機関名： 医師名： 接種日時：