

# 水痘ワクチンの接種を受けられる方へ

(平成 20 年 1 月変更)

## <接種を受ける時の注意>

- ① 水痘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、接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう
- 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お医者さん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（小学生以下）の場合、必ず母子手帳を持って行きましょう

## <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 過去に、水痘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、お医者さんに接種をうける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
- ④ 妊娠している方
- ⑤ 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

## <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>

- 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 発育が悪くお医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ③ 未熟児など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時に、2 日以内に発熱、発疹、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）で皮膚に発疹が出たり、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がある人
- ⑨ 家族の中で、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、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）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のない人
- ⑩ 妊娠の可能性がある人
- ⑪ 気管支喘息のある人

## <予防接種を受けた後の注意>

- ① 水痘ワクチンを受けたあと 30 分間は、病院に行くなどして様子を観察し、お医者さんとすぐに連絡をとれるようにしておきましょう
- ② 水痘ワクチン接種後、24 時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る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、はげしい運動はさけましょう
- ⑤ 万一、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください
- ⑥ 接種後 2 ヶ月は妊娠しないように注意してください

ワクチンの接種を受けられるとお決めになった場合は、「水痘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。

すくすくこどもクリニック 水痘ワクチン接種代金は、お一人様 6000 円です。

# 水痘ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

\*接種の方は、太枠内にご記入ください。

		診察前の体温		度 分	
住所	TEL ( ) -				
カガナ			男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 〔満 歳 ヶ月〕
被接種者氏名					
保護者氏名					

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 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	
2. 【接種をう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	あった（具体的に）	ない	
3. 今日、体の具合の悪いところがありますか	あった（具体的に）	ない	
4. 現在、何らかの病気で医師にかかっていますか（気管支ぜんそくなど）	はい（病名）	いいえ	
5. 最近1ヶ月の間に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
7. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
8. 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	はい（具体的に）	いいえ	
9. 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	はい（具体的に）	ない	
10. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある 歳頃 回くらい 最後は 年 月ころ	ない	
11. 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	ある（薬、薬品名）	ない	
12. 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 家族で先天性免疫不全と言われた方はおられますか	はい はい	いいえ いいえ	
13. 【ご婦人の方へ】現在妊娠していますか	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に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  
（ はい ・ 見合わせます ）

署名（本人もしくは保護者）

使用のワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
水痘ワクチン「ビゲン」  lotNo.	皮下接種  0.5ml	医療機関名： 医師名： 接種日時： 年 月 日（ ） 時 分