

# 麻しん風しん混合ワクチン予防接種 (任意接種用) 説明書及び予診票

●この予診票は定期接種の方には使用できません。  
別途自治体から配布されている予診票を使用してください。

武田薬品工業株式会社

# 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( )<br>当日は受付に<br>時 分頃 おこしてください |       |

# 麻しん風しん混合ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

|          |  |             |           |
|----------|--|-------------|-----------|
| 住 所      |  | TEL ( ) -   |           |
| フリガナ     |  | 男<br>・<br>女 | 生年<br>月 日 |
| 受ける人の氏名  |  |             |           |
| (保護者の氏名) |  | ( 歳 カ月)     |           |

| 質 問 事 項   | 回 答 欄                       |           | 医師記入欄 |
|---|-----------------------------|-----------|-------|
| 1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか  | いいえ                         | はい        |       |
| 2. 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、いずれかの予防接種を受けたことがありますか                   | はい( ワクチン)                   | いいえ       |       |
| 3. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか                         | ある(具体的に)                    | ない        |       |
| 4. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか   | ある(具体的に)                    | ない        |       |
| 5. 現在、何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       |       |
| 6. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか   | はい(病名)                      | いいえ       |       |
| 7. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか               | いる(病名)                      | いない       |       |
| 8. 最近1ヵ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       |       |
| 9. 今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       |       |
| 10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか            | はい(具体的に)                    | いいえ       |       |
| 11. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか   | ある( ころ 回くらい)<br>(最後は 年 月ころ) | ない        |       |
| 12. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか                        | ある(薬、食品名)                   | ない        |       |
| 13. 近親者の中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       |       |
| 14. 最近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(いつ 理由)                   | いいえ       |       |
| 15. 【ご婦人の方に】<br>1) 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<br>2) 接種後2ヵ月間の避妊について説明を受けましたか | はい<br>いいえ                   | いいえ<br>はい |       |
| 16. 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)                         |                             |           |       |

|  |       |
|--|-------|
| 医師の記入欄   | 医師の署名 |
| 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)                        |       |
| 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、説明した。 |       |

|  |                   |
|--|-------------------|
| 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) | 本人の署名(もしくは保護者の署名) |
|--|-------------------|

| 使用ワクチン名                                      | 用法・用量      | 実施場所・医師名・接種日時                    |
|--|------------|----------------------------------|
| 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン「タケダ」<br>Lot No. : カルテNo. : | 皮下接種<br>mL | 実施場所:<br>医師名:<br>接種日時: 年 月 日 時 分 |

記載頂きました個人情報情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

## 【参考】

# 任意接種における救済制度について

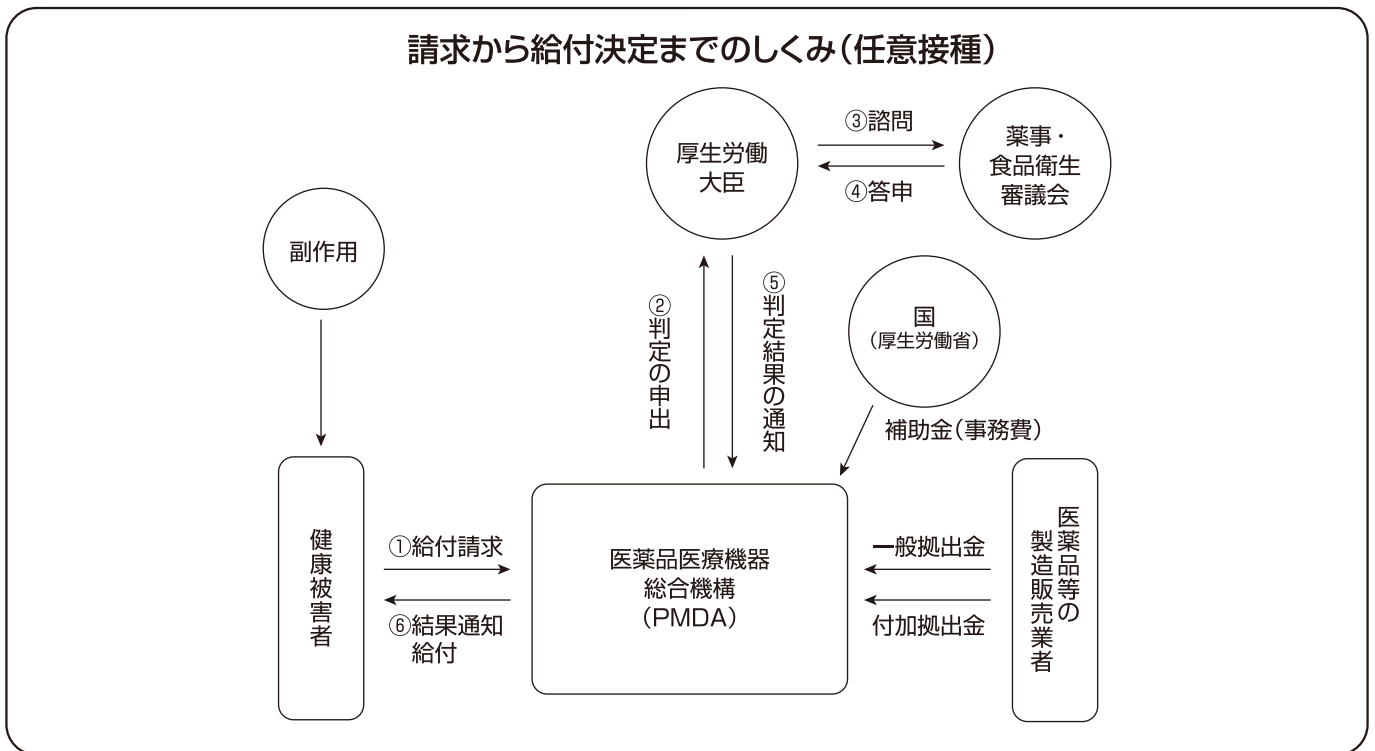
——医薬品医療機器総合機構法に基づく救済——

予防接種法に基づく定期接種以外の予防接種で生じた健康被害については民法でその賠償責任を追及することは難しく、多大な労力と時間を費やさなければなりません。医薬品副作用被害救済制度は、医薬品医療機器法上の承認を受けた医薬品を適正に使用したにもかかわらず健康被害が生じた場合に対して医療費、医療手当、障害年金等の救済給付を行い、被害者の迅速な救済を図ることを目的とし、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14(2002)年12月20日 法律第192号、最終改正 平成28(2016)年12月16日 法律第108号)に基づく公的制度とし、当該者が請求することになります。

ヒトや動物等、生物に由来するものを原料や材料とした医薬品や医療機器等(生物由来製品)については、ウイルス等の感染の原因となるものが入り込むおそれがあることから、様々な安全性を確保するための措置が講じられてきています。しかし、最新の科学的な知見に基づいて安全対策を行ったとしても、生物由来製品による感染被害のおそれを完全になくすことはできません。

このような背景から、平成14(2002)年12月に生物由来製品感染等被害救済制度が創設されました。生物由来製品を適正に使用したにもかかわらず、その製剤が原因で感染症に罹り、入院が必要な程度の疾病や障害等の健康被害について救済を行う制度です。

平成16(2004)年4月1日以降に使用された生物由来製品によって生じた感染被害について救済給付が行われます。



〔「医薬品副作用被害救済制度に関する業務」独立行政法人医薬品医療機器総合機構 <https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0001.html> 平成30(2018)年8月現在より引用〕  
〔予防接種に関するQ & A集 2018年度版 一般社団法人日本ワクチン産業協会より引用〕

### ◆問い合わせ先は下記のとおりです◆

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

URL : <http://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

電話 : 0120-149-931(フリーダイヤル) 月～金 : 9時～17時(祝日・年末年始を除く)

Eメール : [kyufu@pmda.go.jp](mailto:kyufu@pmda.go.jp)