

# 水痘ワクチンの予防接種を受けられる方へ

## <ワクチンの効果と副反応>

水痘ワクチンの免疫獲得率は高く、ワクチン接種を受けた人の90%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から翌日に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種後1~3週間ごろに発熱、発疹がみられることがありますが、通常、数日中に消失します。また、带状疱疹になることがありますが、ワクチン接種を受けない場合とくらべて、同じか低い頻度です。まれに、局所症状として発赤、腫脹、硬結などがみられることがありますが、まれに、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫など)や急性血小板減少性紫斑病(接種後数日から3週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など)がみられることがありますが。

## <予防接種を受けるときの注意>

- 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、予防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(またはシャワー)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、普段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 予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。
- ⑦ 予防接種を受ける方がご婦人の場合、あらかじめ約1カ月間は避妊しておきましょう。

## <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℃以上)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなる人
- ③ 過去に水痘ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ 妊娠していることが明らかなる人
- ⑤ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

## <予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの基礎疾患がある人
- ② 発育が遅く、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 カゼなどのひきはじめと思われる人
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 薬の投与または食事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
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全の人がいる人
- ⑧ 水痘ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
- ⑨ 家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻疹(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ときで、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

## <予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後2~3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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、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カ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( )です     |       |
| 当日は受付に    |            |       |
| 時         | 分頃おこしてください |       |

# 水痘ワクチン予防接種 予診票

※接種希望の方は、太枠内をご記入ください。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

|              |            |    |             |                             |
|--------------|------------|----|-------------|-----------------------------|
| 住 所          | フリガナ _____ |    |             | TEL ( _____ ) _____ - _____ |
| 予防接種を受ける人の氏名 | 男・女        | 生年 | 明治・大正・昭和・平成 | 日生                          |
| (保護者の氏名)     |            | 月日 | 年 月 日       | ( 歳 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  | はい  | いいえ |       |
| 2. 【予防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  |       |
| 3. 今日、普段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  |       |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか   | はい(病名)  | いいえ |       |
| 5. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか   | はい(病名)  | いいえ |       |
| 6. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、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カ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. 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  | ある(具体的に)  | ない  |       |
| 9. 今までに特別な病気(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、医師の診断を受けたことがありますか | ある(具体的に)  | ない  |       |
| (“ある”の場合) 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良いといわれましたか                            | はい  | いいえ |       |
| 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<br>( _____ ころ _____ 回くらい<br>最後は _____ 年 _____ 月 _____ ころ ) | ない  |       |
| (“ある”の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか   | はい( _____ °C)   | いいえ |       |
| 11. 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                                 | ある(薬、食品名)   | ない  |       |
| 12. 近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか   | いる(予防接種名)   | いない |       |
| 13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか   | いる  | いない |       |
| ※ 14. 最近6カ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 |       |
| 15. 【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか   | はい  | いいえ |       |
| 2) 接種後2カ月間の避妊について説明を受けましたか  | はい  | いいえ |       |
| 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：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 )  
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した \_\_\_\_\_ 医師の署名

|  |                     |
|--|---------------------|
| 予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか<br>( 受けます ・ 見合わせます ) | 署名(本人もしくは保護者) _____ |
|--|---------------------|

| 使用ワクチン名     | 接種量    | 実施場所・医師名・接種日時                                   |
|-------------|--------|---|
| 水痘ワクチン「ビケン」 | (皮下接種) | 実施場所 _____                                      |
| Lot No.     | mL     | 医師名 _____                                       |
|             |        | 接種日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 |

※(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防的や重症の感染症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カ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。