

# 風しん第5期定期接種のお知らせ

この度、令和6年度に麻しん風しん混合(MR)ワクチンの供給が不足したことを受け、国の方針に基づき、接種期限が延長されています。予防接種は効果もありますが、まれに副反応が現れる場合があります。詳しくは裏面をよくお読みいただき、予防接種の効果と副反応をご理解の上、接種ください。

接種期限は、令和9(2027)年3月31日までとなっています。不明な点がありましたら、医療機関または市保健センターまでお問い合わせください。

**持ち物** 風しんの抗体検査受験票(結果)、マイナ保険証等、

**費用** 無料(麻しん風しん混合ワクチンの接種に限ります。)



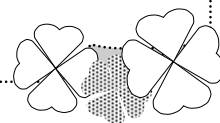
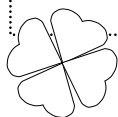
伊丹市マスコット たみまる

## 風しんって？

風しんウイルスによって引き起こされる急性の発疹性感染症です。風しんへの免疫がない集団では、1人の風しん患者から5～7人にうつす強い感染力があります。感染経路は、飛沫感染でヒトからヒトへの感染が伝播します。潜伏期間は2～3週間です。症状は不顕性感染(感染症状を示さない)から、重篤な合併症併発まで幅広く、特に成人で発症した場合、高熱や発疹が長く続いたり、関節痛を認めるなど、小児より重症化することがあります。また脳炎や血小板減少性紫斑病を合併するなど、入院加療を要することもあるため、決して軽視できない病気です。

## 麻しんって？

麻しんウイルスの感染によって起こります。感染力が強く、飛沫、接触だけではなく空気感染もあります。病気が流行したときに免疫がない人がいると流行拡大を助長する可能性があります。高熱、せき、鼻汁、めやに、発疹を主症状とします。最初3～4日は38度前後の熱で一時治まりかけたかと思うと、また39～40度の高熱と発疹が出ます。高熱は、3～4日で解熱し、次第に発疹も消失します。しばらく色素沈着が残ります。合併症が起こることもあります。



伊丹市立保健センター

〒664-0898伊丹市千僧1-1-1 / TEL 784-8034 / FAX 784-3281

### ワクチンの効果

麻しん風しん（MR）混合ワクチンは、1回の接種で、95%以上の人が麻しんおよび風しんに対する免疫を獲得することができます。

### 副反応にはどんな症状がありますか？

ワクチンの接種直後から数日中に発疹、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5～14日後に1～3日間のだるさ、発熱、発疹、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、疼痛などがみられることがあります。

非常にまれですが、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）の症状を呈し、ショックに至ることがある他、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）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間程度に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、脳炎・脳症、けいれんがみられることがあります。

### 予防接種要注意者（医師にご相談ください）

- ① 心臓病、じん臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患のある人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状のみられた人
- ④ 薬の投与または食事で皮膚に発疹がでたり、体に異常を来したことがある人
- ⑤ 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
- ⑥ 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症の人がいる人
- ⑦ このワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれのある人
- ⑧ 周囲に新型コロナウイルスなどの感染症などにかかっている人がいる場合

### 予防接種を受けることが適当でない人

- ① 明らかに発熱している人（通常は37.5℃以上の場合）
- ② 重い急性疾患にかかっている人
- ③ このワクチンの成分によって、アナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある人
- ④ 医師より免疫不全などの診断を受けたことがある人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
- ⑤ その他かかりつけ医に予防接種を受けないほうがよいといわれた人

### 接種後の注意点

- ① 接種後30分間は、アナフィラキシーなどが起こることがありますので、医師とすぐ連絡がと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 このワクチンの接種後、異なる注射生ワクチンを接種する場合には、4週間以上の間隔をあける必要があります。
- ④ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
- ⑤ 接種当日ははげしい運動や大量の飲酒はさけましょう。その他はいつもどおりの生活で結構です。
- ⑥ 予防接種した接種控えは、大切に保管しましょう。

### 定期予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種を受けて健康被害を来したした場合、申請により予防接種と因果関係がある旨を厚生労働大臣が認定すれば、給付を受けることができます。

## 風しんの第5期(MR ワクチン)の予防接種予診票

|         |    |        |   |          |
|---------|----|--------|---|----------|
|         |    | 診察前の体温 | 度 | 分        |
| 住 所     |    |        |   |          |
| 氏 名     |    |        |   | 男 ・ 女    |
| 生 年 月 日 | 昭和 | 年      | 月 | 日生 (満 歳) |

| 質 問 事 項                                               | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|-------------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| 今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。                     | はい    | いいえ |       |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。                          | はい    | いいえ |       |
| 現在、何か病気にかかっていますか。<br>病 名 ( )                          | はい    | いいえ |       |
| 治療（投薬など）を受けていますか。                                     | はい    | いいえ |       |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。                    | はい    | いいえ |       |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。                                   | はい    | いいえ |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いてください。( )           | 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。              | 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。<br>症 状 ( ) 予防接種の種類 ( ) | ある    | ない  |       |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。                              | はい    | いいえ |       |
| 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類 ( )                    | はい    | いいえ |       |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。<br>病名 ( )       | はい    | いいえ |       |
| 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 |       |
| 最近1 ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。<br>病名 ( )               | はい    | いいえ |       |
| 6 カ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 |       |
| 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 | 被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認した。(した・していない)<br>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）<br>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。<br><br>医師署名又は記名押印 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                        |          |                               |
|----------------------------------------|----------|-------------------------------|
| ワクチンロット番号                              | 接種量      | 実施場所・医師名・接種年月日                |
| ワクチン名<br>Lot No.<br>(注) 有効期限がきれていないか確認 | 0. 5 m l | 実施場所<br>医師名<br>接種年月日 令和 年 月 日 |

## 風しんの第5期の予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

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 )

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。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)