

MR（麻しん・風しん）

第1期予防接種のお知らせ

MRワクチンは、「麻しん」・「風しん」を予防する大切な予防接種です。
1歳になったら、なるべく早めに接種しましょう。

● 対象者

1歳のお子さん

● 予防接種の受け方

医療機関に電話などで予約し、予防接種を受けます。

予防接種を受ける際は、親子健康手帳と、この用紙を持参してください。

● 接種期限・接種費用

2歳の誕生日前日までは無料※2歳になると全額自己負担になります



【医療機関一覧】

「麻しん」・「風しん」ってどんな病気？

- 「麻しん」は、かかると高熱や発疹などの症状以外に、重い肺炎や脳炎など命をおびやかす合併症を引き起こす可能性があります。学校などで発症すれば、同じ空間にいる免疫のない人はほぼ100%発症すると言われていて、非常に感染力の強い病気です。平成10年～13年には、沖縄県内で2度の大流行があり、9名の乳幼児が亡くなりました。
また、平成30年3月に国外からの観光客が麻しんに感染した状態で来沖。同年5月までに県内で感染が拡大し、99名の患者が報告されました。
- 「風しん」は、妊娠初期の女性がかかると胎児が心臓病や白内障、聴覚障害を持って生まれる可能性がある病気です。また、大人がかかると重症化しやすくなります。
- 麻しん・風しんは、どちらの病気も感染力が強く、手洗いやマスクだけでは予防できま

MRワクチンの副反応

副反応の主なものは、発熱（第2期で約2.5～3.4%）と発疹（第2期で約1.0%）です。
なお、これらの症状は接種後4～14日に多く出ます。接種直後から数日中に過敏症状と考えられる発熱、発疹、かゆみなどが出るがありますが、1～3日で治ります。これまでの麻しん風しんワクチンの副反応のデータから、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、脳炎、けいれん、神経障害などの副反応が、まれに生じる可能性もあります。

接種年月日				性別	男・女
電話番号					
接種する方の氏名				性別	男・女
接種する方の生年月日	令和 () 年 () 月 () 日	体温	度 分		

MR (麻しん・風しん) 予防接種予診票 第1期 ※1歳を迎えたら早めに接種しましょう

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うるま市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () g 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。 乳児健診で異常があると言われたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体の具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
4	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	
5	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水ぼうそう、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	
6	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
7	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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。 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良いと言われましたか	はい	いいえ	
8	ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 () 歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
9	薬や食品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。	はい	いいえ	
10	近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
11	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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
13	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
14	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

15	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) *かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。 このことを理解のうえ、本予診票がうるま市に提出されることに同意します。 保護者自署
----	--

医師の記入欄 : 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 保護者に対して、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、説明をしました。		
医師署名又は記名押印		
使用ワクチン名	接種量	医療機関名・接種医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名 Lot No. (注)期限が切れていないか確認	皮下: 0.5ml 接種部位(右・左)	接種(予診)年月日: 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、予防接種の予防効果が十分に出ないことがあります。
*予診票に記入し、親子(母子)健康手帳を持参のうえ医療機関にて接種してください。定期予防接種範囲内の料金は無料です。
*うるま市外から転入して既に接種された方、あるいは接種の必要のない方は、健康支援課感染予防係までご連絡ください。