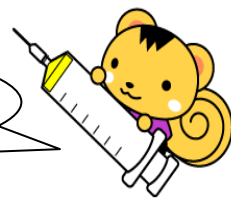


# 麻しん・風しん（MR）第1期予防接種のお知らせ

誕生日プレゼントに麻しん・風しん混合ワクチンを忘れずに受けさせてね



## MR第1期の対象年齢（無料で予防接種できる期間）

- 対象年齢：**1歳から2歳に至るまで** ※2歳のお誕生日の前日まで
  - 実施場所：別紙の個別予防接種受諾施設 ※電話で予約をしてください
  - 個人負担：**無料**  
対象年齢を過ぎて接種する場合、**約1万円の全額自己負担**になります
- <別紙の『予防接種の受け方について』（両面印刷）をよくお読みください>



## 麻しん・風しん（MR）混合ワクチンについて

麻しん風しん対策を強化するため、平成18年6月から麻しん・風しん（MR）混合ワクチンの2回接種制度となりました。

1歳から2歳未満に1回目（第1期）、小学校就学前1年間に2回目（第2期）を接種します。

### “麻しん・風しん”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。  
保育園などで発症すれば、同じ空間にいる免疫のない人はほぼ100%発症するといわれている、非常に感染力の強い病気です。平成10年～13年に、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。  
日本国内で流行しており、注意が必要です。
- 麻しん・風しん、どちらの病気も感染力が非常に強く、手洗いやマスクだけでは予防できません。根本的な治療法はありませんが、MRワクチン接種だけが効果のある予防法です！

#### 【副反応について】

副反応の主なものは、発熱（第1期で約6.0～10.6%）と発疹（第1期で約4.3%）です。これらの症状は接種後5～14日の間に多く見られます。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。

住 所	〒 うるま市	接 種 年月日	年 月 日 ( )		
		※電話			
保護者氏名	様	受ける子 の氏名		性別	男・女
受付時間		生 年 月 日	平成・令和 (満 年 歳 月 日 日)	体 温	
実施場所				度 分	

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。 出生時に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるとさ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 ( )	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	はい	いいえ	
	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	
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、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、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 :		
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。 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 可 ・ 不可 ) 医師署名		
使用ワクチン名	接 種 量	接種医師及び接種医療機関
ワクチン名 Lot No. (注)期限が切れていないか確認	0.5ml 接種部位(右・左)	

(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、うるま市こども健康課までご連絡ください。