

～ 水痘（水ぼうそう）予防接種 ～

●水痘(水ぼうそう)とは

水痘・帯状疱疹ウイルスによって引き起こされる感染力の強い病気です。潜伏期間は10～21日で、発熱、強いかゆみを伴う発疹が主な症状です。全身に不ぞろいの大きさの紅斑(赤み)ができ、そのあと水疱になり、かさぶたになって治っていきます。熱が出ない場合もあれば、40℃以上になることもあり、その際に熱性けいれんをおこすこともあります。合併症としてはかゆみで発疹をひっかくことによる細菌感染症や、脳炎、肺炎、気管支炎、血小板減少性紫斑病などがあります。また妊娠20週までの妊婦が水ぼうそうにかかった場合、先天性水痘症候群(四肢低形成、皮膚瘢痕、眼球異常、小頭症、精神発達障がいの子ども)を出産する可能性があります。

《 定期接種の期間と回数 》

1. 対象年齢：生後12か月～生後36か月に至るまで

(1歳の誕生日の前日から3歳の誕生日の前日までで、水痘にかかったことがない方が対象です)

2. 接種回数：2回

(標準的な接種期間として、1回目は標準として生後12か月から生後15か月に至るまでの間、2回目の接種は1回目を接種してから6か月から12か月を経過してから行います)

※接種間隔は3か月以上あける

3. 個人負担金：無料

※ 水痘にかかったことがある方はすでに免疫を持っているので、接種する必要はありません。

※ 個別接種は全て予約制です。通知が届きましたら、接種を希望する受諾医療機関(別紙)を参照にお電話にて予約してください。

●ワクチンの副反応

注射部位の症状(赤み、しこり、はれ)、発熱、発疹、じんましん、かゆみなど、また接種後1～3週間後に発熱、発疹みられることがあります。通常は数日中におさまります。重い副反応として、非常にまれですが、アナフィラキシー様症状、急性血小板減少紫斑病、脳炎、神経障害などの報告があります。接種後、気になる症状や体調の変化が現れたら、すぐに医師の診察を受けましょう。

* アナフィラキシーとは通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性じんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと。

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 歳 ヶ月)	体温	
実施場所				度 分	

水痘（水ぼうそう）予防接種予診票 第 回

* これまでに水痘の予防接種を受けたことがある方は接種日を記入してください	(1回目)	平成・令和	年	月	日
	(2回目)	平成・令和	年	月	日

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。 乳幼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疹、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 はい	いいえ 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 はい	いいえ いいえ	
9	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。	はい	いいえ	
10	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	
11	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	
12	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。 薬・食品・製品など ()	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注射をうけましたか。	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	

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、目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに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

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うえで、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

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)	

* 予診票に記入し、母子健康手帳を持参のうえ接種してください。定期予防接種範囲内の料金は無料です。
* 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。