

水痘（水ぼうそう）予防接種説明書

（※予防接種の重要な情報です。裏面にも注意事項がありますので必ずお読みください。）

水痘（水ぼうそう）に対する免疫を確実につけるために、2回予防接種を受けることになっています。定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われ、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、法に基づく救済を受けられません。

1 水痘（水ぼうそう）の症状について

水痘は、水痘・帯状疱疹ウイルスが空気感染、飛沫感染、接触感染することにより広がる、非常に感染力の強い病気です。ほとんどの人が幼児期から学童期にかけてかかりますが、1歳以下の乳児もかかる場合があります。

潜伏期間は10～21日で、発疹・発熱が主な症状です。全身に不ぞろいの大きさの発疹ができた後、水ぶくれになり、かゆみを伴い、かさぶたになって治っていきます。発疹が出る1～2日前から発熱が認められ、40℃以上になることもあり、この際に熱性けいれんを合併することがあります。

また、妊娠20週までの妊婦が水痘に罹患した場合、先天性水痘症候群（低体重、四肢形成不全、皮膚瘢痕、筋肉萎縮、脳炎、水頭症など）の赤ちゃんが生まれる可能性があります。

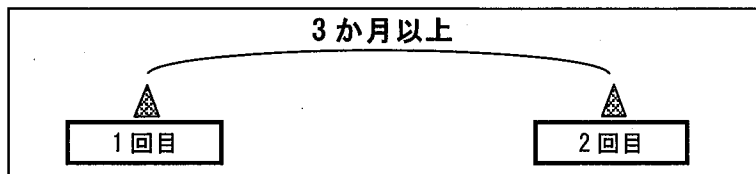
2 水痘予防接種の受け方

(1) 使用するワクチン

乾燥弱毒生水痘ワクチン

(2) 接種方法

予防接種名	法律等で定められている接種方法	法律等で定められている期間	望ましい接種時期
水痘	3か月以上の間隔をおいて 2回	生後12か月から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)	1回目:生後12か月～生後15か月 2回目:1回目の6か月～12か月後



(3) 定期予防接種の対象外となる場合

次の事項に該当する人は、定期予防接種の対象外となりますので注意してください。

- ・ 過去に水痘に罹患したことがある人
- ・ 定められた接種方法(接種時期や接種間隔)が守られなかった人

○ 定期予防接種の対象外となる接種により健康被害が生じた場合、法に基づく補償の対象になりません。

※ このワクチンは生ワクチンであるため、接種後、他の生ワクチンの予防接種を受ける場合は、27日以上の間隔（4週間後の同じ曜日以降に接種）をおいてください。

※ 医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができます。

3 予防接種の効果と副反応について

ワクチン接種を受けた人の約 90%の人が免疫を獲得できるといわれています。残りの人は水痘にかかる可能性があります。発症した場合でも軽症ですむとされています。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあり、極めてまれに重い副反応が起こることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

【重大な副反応】

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、咽頭浮腫等）、急性血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等）が現れることがあります。

【その他の副反応】

- ・注射部位：発赤、腫れ、しこり、かゆみ等
- ・全身反応：発熱、発疹等

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ 受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
「アナフィラキシー」とは、通常接種後約 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。
発汗、急に顔が腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい全身反応のことです。
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

予防接種ごとに決められた対象年齢や接種間隔で定期予防接種を受けることとなっていますが、その期間を過ぎて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。その場合、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一（医療費・医療手当・葬祭料については同程度）となっています。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください。

6 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 28 日は発熱などの副反応に注意してください。
- (2) 接種当日は、いつもどおりの生活で構いませんが、激しい運動は避けましょう。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありません。
- (4) 接種後、注射部位のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状がある場合、医師の診断を受けるとともに、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課までお知らせください。

【お問い合わせ先】

中保健センター	504-2528	東保健センター	568-7729	南保健センター	250-4108
西保健センター	294-6235	安佐南保健センター	831-4942	安佐北保健センター	819-0586
安芸保健センター	821-2809	佐伯保健センター	943-9731	健康福祉局健康推進課	504-2882

事前に住民登録している住所、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

接 種 歴	なし・1回目（令和 年 月 日）	予診年月日	令和 年 月 日
		診察前の体温	度 分
住 所	広島市 区 番 号 電話：（ ）		
（フリガナ） 受ける人 の氏名	男・女	生 年 月 日 平成 年 月 日生 令和 （満 歳 か月）	保護者 の氏名

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。（ ）にはその内容を書いてください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか	はい いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか（広島市に住民登録をしていますか）	はい いいえ	
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 なかった あった なかった ある ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ）	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	はい いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間など周囲に麻疹、風しん、水痘、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	
1カ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	
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よいと言われましたか	はい いいえ	
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	
そのとき熱が出ましたか	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	
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	
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 予防接種の種類（ ）	ある ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
6か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	

※ 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か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

医師記入欄	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。 ・見合わせる理由（ ） 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
-------	---

保護者記入欄	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。このことを理解の上、本予診票が市町村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	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種（予診）年月日
ワクチン名	皮下接種 0.5mL	所 在 地
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・ 左足・その他（ ）	医療機関名
（注）有効期限が切れていないか要確認		医 師 名
		接種（予診）年月日 令和 年 月 日

（注）予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。
請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

