

狂犬病ワクチンの接種について

狂犬病の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【狂犬病について】

狂犬病は、狂犬病ウイルスに感染している動物に咬まれたり、なめられたりすることで感染し、発病した場合には、ほぼ100%死亡するという危険な疾患です。発病すると感冒様症状に加え、強い不安感、神経過敏症状(光や音・振動などに対する異常な反応や見当識障害、幻覚など)を示し、その後全身麻痺から昏睡状態となり、呼吸不全で死亡します。発病から死亡までは2～6日といわれています。

日本では昭和50年以來、狂犬病の発生はありませんが、世界的にみると、いまだ多くの国(特に東南アジア、中南米、アフリカなど)でヒトの狂犬病の発生がみられています。狂犬病のウイルスはイヌ、ネコのほかにコウモリ、アライグマなどに多く、これらの動物に咬まれたり引っかかれたりした場合に感染します。このような国へ渡航する際には、その国での生活様式などを考慮し、予防接種の適応を決定します。

【ワクチンの特徴と副反応】

狂犬病ウイルスを凍結乾燥した不活化ワクチンです。狂犬病常在地域への渡航前の予防的接種(暴露前免疫)の他に、狂犬動物に咬まれた後の発症予防(暴露後免疫)にも使用できます。副反応は、注射部位の発赤、腫脹(はれ)、疼痛など、全身症状としてまれに発熱することがあります。また、ゼラチンを含んだ製剤や食品に対して過敏症などがある方は、ショック、アナフィラキシー様症状等の副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。このワクチンの接種によって健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

【予防接種を受けることができない人】

- 1, 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
- 2, 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 3, 過去に狂犬病ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4, その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- 1, 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2, 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3, カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4, 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5, 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6, 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7, 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- 8, 妊娠の可能性のある人

【予防接種を受けた後の注意】

- 1, 狂犬病ワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2, 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこするようなことはやめましょう。
- 3, 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4, 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

狂犬病 予防接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

住 所		男 ・ 女	電話 () -	
ふりがな 受ける人の氏名			生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
ふりがな 保護者の氏名			診察前の体温 度 分	

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説明文（裏面）を読んで理解しましたか	いいえ はい	
2. 今日受ける予防接種は何回目ですか	() 回目	
3. 今日、体に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下さい ()	はい いいえ	
4. 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	
5. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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いわれましたか	はい いいえ	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい いいえ	
7. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（最後は 年 月頃）	はい いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい いいえ	
8. 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	
9. ゼラチン含有製剤やゼラチン含有食品に対してショック、蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか	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 予防接種名・症状 ()	はい いいえ	
11. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい いいえ	
12. 1カ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、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	
13. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい いいえ	
14. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いて下さい ()	はい いいえ	
15. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい		
16. 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 (可能 ・ 見合わせる) 医師署名又は記名押印		
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) 保護者の署名（もしくは本人の署名）		

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時		
組織培養不活化狂犬病ワクチン	筋肉注射 mL	実施場所 医 師 名		
メーカー名 Lot. No. カルテNo.		化学及血清療法研究所	接種日時	年 月 日 時 分