

ロタウイルス感染症予防接種説明書

(※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。)

この予防接種は、生後6週間から24週間または32週間に至るまでに受けることになっており、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、予防接種に係る費用は、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。

※令和2年8月1日以降に生まれた方が対象です。

1 ロタウイルス感染症とは

ロタウイルスによって引き起こされる急性の胃腸炎で、例年、3月から5月にかけて乳幼児を中心に流行がみられます。2～4日の潜伏期間の後、水のような下痢、吐き気、嘔吐、発熱、腹痛が生じます。脱水症状がひどくなると、入院治療が必要となることがあります。乳幼児は、激しい症状が出ることが多く、特に初めて感染したときに症状が強くなります。なお、5歳までの急性胃腸炎の入院患者のうち、40～50%前後はロタウイルスが原因です。

2 ロタウイルスワクチンについて

ロタウイルスワクチンは、2種類あり、それぞれ接種方法が異なります。いずれか同一のワクチンで接種を行います。なお、2種類のワクチンの有効性及び安全性は同等と考えられています。

法律等で定められた接種方法			接種期間
ワクチンの種類	回数	接種間隔	
ロタリックス® (1価) (経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン)	2回	<p>出生 14 週 6 日後までに※1</p> <p>27.日以上の間隔をおいて2回接種</p>	<p>出生 6 週 0 日後から※2 出生 24 週 0 日後まで</p> <p>(初回接種の標準的接種期間は生後 2 か月から出生 14 週 6 日後まで)</p>
ロタテック® (5価) (5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン)	3回	<p>出生 14 週 6 日後までに※1</p> <p>27日以上の間隔をおいて3回接種</p>	<p>出生 6 週 0 日後から※2 出生 32 週 0 日後まで</p> <p>(初回接種の標準的接種期間は生後 2 か月から出生 14 週 6 日後まで)</p>

※1 0歳児は、月齢が進むと、腸重積症という病気にかかりやすくなります。

また、ロタウイルスワクチンの接種を受けることによっても、特に初回接種から約1～2週間は、腸重積症のリスクが増すという研究報告もあります。できるだけ腸重積症の起こりにくい時期に接種を受けていただくために、初回接種を出生14週6日後までに受けることをお勧めしています。

※2 出生 6週0日後とは、出生した日の6週間後の同じ曜日の日を指します。(24週、32週も同様の考え方です)

例：10月1日（木）生まれ

出生 6 週 0 日後

11月12日（木）

※ 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 ロタウイルスワクチンの副反応

接種当日の重い副反応としてまれにアナフィラキシー症状（ワクチンへのアレルギーによる発疹、呼吸困難など）が起こる可能性があるため十分な観察を行ってください。

接種を受けてから約1～2週間は、腸重積症のリスクが通常より高まるとする研究報告もあります。腸重積症の症状としては、「突然はげしく泣く」、「機嫌が良かったり不機嫌になったりを繰り返す」、「嘔吐する」、「血便がでる」、「ぐったりして顔色が悪い」などがあります。

これらの症状が一つでも見られた場合や、いつもと様子が違う場合は速やかに医療機関を受診させてください。

4 接種に当たっての注意事項

以下の方は、接種を受けることができません。

- ・ 過去にロタウイルスワクチンを接種した際に過敏症やそれを疑う症状のあった方
- ・ 先天性消化管障害を有する方（腸重積症の発症を高める可能性があるため）
なお、手術等により治療が完了した場合は、接種を受けることができる可能性があるため、医師にご相談ください。
- ・ 腸重積症にかかったことのある方（腸重積症の再発の恐れがあるため）
- ・ 重症複合型免疫不全を有する方（免疫不全のため、生ワクチンに含まれるウイルスにより重い感染症になるおそれがあるため）

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 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。

また、任意接種により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又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21日は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、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又は広島市健康福祉局健康推進課までお知らせください。

【お問合せ先】

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

ロタウイルス感染症予防接種予診票

事前に住民登録している住所、氏名、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。

住所	広島市	区	番	号	電話番号 () - ()
受ける人の氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	令和 年 月 日 (出生 週 日後) ※出生日の翌日を「1日」として算出した日	保護者の氏名

↓今回のワクチンの種類と回数を○で囲み、□欄を確認して☑してください(2回目、3回目はこれまでの接種年月日を記入)。同じ種類のワクチンで完了させる。

ロタリックス(1価) 生後6週から24週まで	1回目 □ 出生14週6日後を過ぎていない	2回目 □ 1回目から27日以上間隔があいている (1回目の接種日: 令和 年 月 日)	
ロタテック(5価) 生後6週から32週まで	1回目 □ 出生14週6日後を過ぎていない	2回目 □ 1回目から27日以上間隔があいている (1回目の接種日: 令和 年 月 日)	3回目 □ 2回目から27日以上間隔があいている (1回目の接種日: 令和 年 月 日) (2回目の接種日: 令和 年 月 日)

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。(腸重積症の副反応等)	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。 出生時体重 () g			
分娩時に異常がありましたか。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	はい	いいえ	
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か月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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か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	
これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません。	はい	いいえ	
これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 ※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。	はい	いいえ	
その他、これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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)を起こしたことがありますか。() 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りしたことがありますか。 薬・食品名 ()	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 ()	はい	いいえ	
母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名 ()	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	
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	
これまで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	

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。 ・ 接種を見合わせる理由 () 保護者に対して、予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。 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(特に腸重積症)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、本予診票が広島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		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	経口接種		所在地 医療機関名 医師名
Lot No.	ロタリックス® 1.5mL	ロタテック® 2mL	
(注)有効期限が切れていないか要確認			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。

