

BCG ワクチンの接種を受けられる方へ

BCG ワクチンの効果と副反応

BCG ワクチンは適切に接種されれば、結核の発病を接種しなかった場合の4分の1くらいに抑えます。結核性髄膜炎や粟粒結核など小児の重篤な結核の発病予防には特に効果があります。一度接種すれば、その効果は10年～15年程度持続するといわれています。

副反応は、接種した側の脇の下のリンパ節がまれに腫れることがあります。通常は放置して様子をみてかまいませんが、ときにただれたり、大きく腫れたり、まれに化膿して自然に破れてうみが出ることがあります。その他の副反応としては、全身に散布する発疹などの皮膚結核様病変があります。頻度は低いですが、BCG 感染症として、髄膜炎、骨炎、骨髄炎、骨膜炎があらわれることがあります。免疫不全症候群の人などに接種すると、BCG が全身に血行散布して粟粒結核様の病変をつくり、全身播種性 BCG 感染症に至ることがあるので注意が必要です。

何か異常が認められた場合には、すぐに医師に申し出てください。

予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 過去に BCG ワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与をうけてアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝え、判断を仰いでください。
- BCG ワクチン接種、その他の疾病の予防接種、外傷等によるケロイドが認められる人
- 免疫機能に異常のある疾患を有する人及び免疫抑制をきたす治療を受けている人
- 結核にかかったことのある人
- 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

- 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などがある人
- 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- カゼなどの症状が出はじめたと思われる人
- 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- 薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
- 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全の人がいる人
- BCG ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
- 過去に結核にかかっている人と長期の接触があった人および結核にかかっている疑いのある人
- 高齢の人

予防接種を受けたあとの注意

- BCG 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取れるようにしておきましょう。
- 接種部位は清潔を保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動は避けましょう。
- 接種後、接種局所の異常や体調の変化がみられた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

接種後の反応とコッホ現象

- 接種後 10 日頃に接種部位に赤いポツポツができ、その後、一部に小さなうみが出ることがあります。この反応は、接種後 4～6 週頃に最も強くなります。その後はかさぶたができて、接種後 3～4 カ月頃には治り、小さな傷跡が残るだけになります。
- 結核に既に感染している人（または BCG を既に接種したことがある人）に BCG を接種すると通常よりも早く、また、強く接種部位の反応が起こることがあります。これをコッホ現象と呼びます。接種後 10 日以内に接種局所に強い反応がでた場合、コッホ現象が疑われます。コッホ現象と思われる反応が出た場合には医療機関を受診してください。

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 分頃おこしてください	

BCG ワクチン 予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 度 分

住所		電話 () —		
フリガナ				
受ける人の氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 ヲ月)
保護者の氏名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか	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に麻しん、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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	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 ()	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方はいますか	はい	いいえ	
本人、または近親者にケロイド体質の方はいますか	はい	いいえ	
6 カ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	
(女性の方に) 現在、妊娠していますか	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) 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく 救済について説明した。	医師署名又は記名押印		

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて 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)	本人 (もしくは保護者) の署名
--	------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
乾燥 BCG ワクチン (経皮用・1 人用) Lot No. : カルテ No. :	規定量を BCG 用 管針を用いて 経皮接種	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。