

# ロタウイルス胃腸炎予防ワクチン (ロタリックス®内用液)の接種をご希望の方へ

## 保護者の方へ

予防接種に欠かせない情報です。  
必ずお読みください。

### 1 ロタウイルス胃腸炎について

- ロタウイルス胃腸炎は、乳幼児に多く起こるウイルス性の胃腸炎です。ロタウイルス胃腸炎の原因「ロタウイルス」は全世界に広く分布し、衛生状態に関係なく世界各地で感染がみられます。
- ロタウイルス胃腸炎の多くは突然のおう吐に続き、白っぽい水のような下痢を起こします。発熱を伴うこともあり、回復には1週間ほどかかります。また、ほとんどの場合は特に治療を行わなくても回復しますが、時に脱水、腎不全、脳炎・脳症などを合併することもあり、症状が重く脱水が強い場合には入院が必要となることもあります。
- 日本でのロタウイルス胃腸炎の発症は冬～春に多く、主に生後3～24カ月の乳幼児に起こりますが、ピークは生後7～15カ月です。生後3カ月までは、母親からもらった免疫によって感染しても症状が出ないか、症状があっても軽く済みますが、生後3カ月以降に初めて感染すると重症化しやすくなります。実際に、ロタウイルス胃腸炎は、小児急性重症胃腸炎の原因の第一位で、受診した人の10人に1人が入院する、という報告もあります。
- ロタウイルス胃腸炎の重症化は、ワクチン接種によって防ぐことができます。

### 2 ロタウイルス胃腸炎を予防するワクチン(ロタリックス®内用液)について

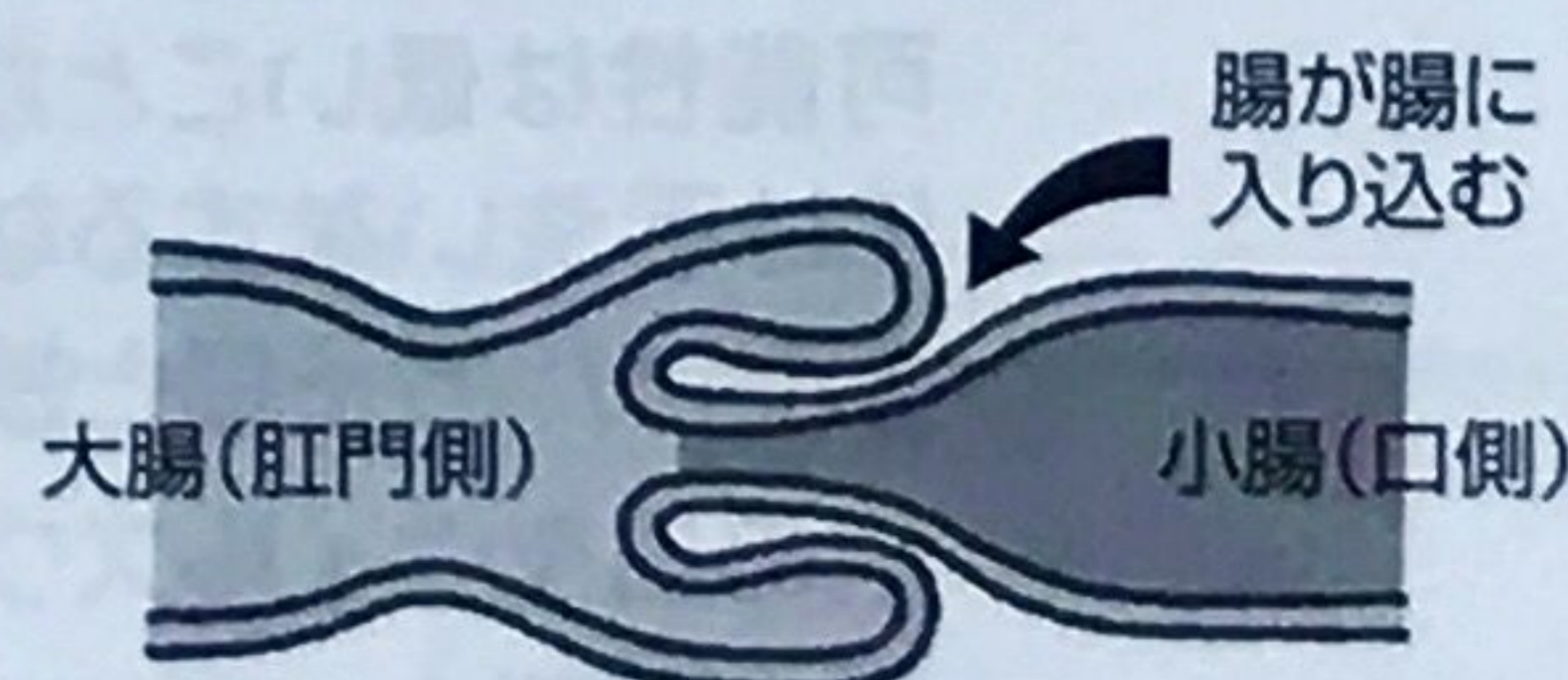
- ロタリックス®内用液は、ロタウイルスによる胃腸炎を予防する経口生ワクチンです(注射剤ではありません)。
- ロタリックス®内用液は、人に感染するタイプと同じタイプのウイルスの病原性をほとんどなくし、培養細胞で増殖させて精製した後に、シロップ状にしています。
- ロタウイルス胃腸炎の原因となる主なウイルスは5タイプ(G1、G2、G3、G4、G9)ありますが、ロタリックス®内用液はロタウイルスの中で最も一般的なG1タイプをもとに作られています。
- ロタリックス®内用液を接種した後は、自然にロタウイルスに感染したときと同じように免疫が得られますので、他の4つのタイプに対する免疫も得られます。

### 3 次の場合は、接種を受けないでください

- 明らかに発熱(37.5℃以上)している。
- 重い急性の病気にかかっている(下痢やおう吐の症状があるときは延期してください)。
- ロタリックス®内用液の接種後にアレルギーなどの過敏症が出たことがある。
- 腸重積症\*の発症を高める可能性のある未治療の先天性消化管疾患(メッケル憩室など)がある。
- 腸重積症になったことがある。
- 重症複合型免疫不全(SCID)がある。
- その他、予防接種を受けることが不適切な状態にある。

\* 腸重積症：腸の一部が腸のほかの部分に入り込んでしまう、緊急性の高い病気です。ワクチン接種の有無にかかわらず、0歳のお子さんがかかることが多い病気です。

腸重積症になると、腸が詰まって血液の流れが悪くなることで、腸の組織が死んでしまう(壊死)することがあります。腸重積症になった場合、通常は肛門から腸内に液(造影剤や水など)や空気を入れてもとに戻しますが、発症から時間が経つほど(12時間以上など)、腸の壊死のために外科手術になる場合が増えるといわれています。



### 4 次の場合は、医師に相談してください

- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患がある。
- 他の予防接種で接種後2日以内に発熱がみられたことがある、または全身性発疹などのアレルギーを疑う症状が出たことがある。



# ロタリックス®内用液接種予診票

保護者控 複写②

太い線で囲まれたところを記入するか、○で囲んでください

回数	1回目(今回が初めて)	2回目(1回目接種日: 年 月 日)	診察前の体温	度	分
住所	〒		TEL	( )	-
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男 女	生年月日	年	月 日 生
保護者の氏名				(生後	週 日)

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の説明(「ロタウイルス胃腸炎予防ワクチン(ロタリックス®内用液)の接種をご希望の方へ」)を読みましたか	いいえ	はい	
ロタウイルスワクチンは「今回初めて接種する」、または「2回目で、1回目はロタリックス®内用液を接種した」のどちらかにあてはまりますか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 出生体重( g)			
分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか (症状: )	はい	いいえ	
今日、下痢をしていますか	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか (いつ: 月 日~ 月 日) (病名: )	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や近所にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか (病名: )	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか (いつ: 月 日) (予防接種名: )	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、消化管、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 既往症 )	はい	いいえ	
また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	
生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、病気にかかると通常の回復期間より長引くようなことがありましたか	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 (いつごろ )	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 (薬・食品の種類: )	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 (予防接種名: )	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	
6ヵ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	

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 保護者に対して、予防接種の効果・副反応(特に腸重積症のリスクと対処)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ました 医師の署名または記名押印 _____
-----------	---

保護者 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、目的、副反応(特に腸重積症のリスクと対処)などについて理解したうえで、 接種を希望しますか( はい ・ いいえ ) 保護者の署名 _____
------------	---

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所 医師名 接種年月日	医療機関名: 成城こどもクリニック 医師名: 木屋 恵美 接種年月日: 年 月 日
名称: 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン メーカー名: グラクソ・スミスクライン(株) 製造番号:	1.5mLを 経口接種		

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。記載いただきました個人情報、予防接種に関する予診のみに使用します。