

## 保育所・幼稚園・学校等における麻しん対応ガイドライン 第二版

平成 20 年 1 月 18 日改訂

国立感染症研究所感染症情報センター

本ガイドラインは、茨城県竜ヶ崎保健所作成、国立感染症研究所感染症情報センター監修により、平成 18 年 10 月 18 日改定された「保育所・幼稚園・学校等における麻しん患者発生時の対応マニュアル」をもとに、2007 年の麻しん流行時に経験した、学校での集団発生の経験を踏まえ、園児・学童(以下、学童とする)、生徒、学生など個人の感染予防、学校等での集団流行予防、そしてわが国の麻しん排除を実行するために、茨城県竜ヶ崎保健所の協力を得て、修正・加筆し、第二版として作成したものである。

施設長は、麻しんの感染性・病原性の強さを踏まえ、施設における平時の対応と発生時の迅速な対応の重要性を理解した上で、学校医・園医(以下、学校医等)、施設設置者あるいは監督部署、所在する市町村(特別区)の保健部門、管轄の保健所等と情報共有・連携し、円滑な対応をとることが必要とされる。

感染予防のためには感染源の特定が必要となるが、一方では学校などの集団で感染源となった個人がそのために無用の差別、誹謗など受けぬよう、十分な配慮が必要である。感染症対策は個人の責任だけで行うのではなく、社会全体で行う必要がある。

また本ガイドラインの実施、ことに発生時の対応には流行が拡大するほど膨大なエネルギーを要する。そのためにも、発生時の初期対応は重要である。しかし最も重要なことは、そのような事態にならぬよう普段から予防対策を行っておくことであり、平時の対応が、学童・生徒・学生そして職員それぞれを守り、そして保育所・幼稚園・学校という集団を守ることになる。

### 1. 平時の対応

#### 1) 園(所)児・児童・生徒等

- a. 入学・入園(所)後に麻しん含有ワクチンの接種状況、および麻しんの罹患歴を確認した結果、麻しんの罹患歴がない者に関しては、定期接種の対象年齢か、それを既に過ぎているかで、次の 、 のように対応する。

定期接種の対象(下記参照)であるにもかかわらず、まだ決められた回数の予防接種を受けていない場合は、積極的に接種を勧奨す

る。

#### 中学校 1 年生、高校 3 年生の生徒について

平成 20 年度から、中学校 1 年生・高校 3 年生に相当する年齢の者において、5 年間の時限措置として、定期予防接種として麻しんおよび風しんワクチンの接種が実施される。定期接種の対象である 1 年間に限り、住所がある市町村特別区の公費負担により接種が可能である。学校医、学校の設置者、監督部署、市町村の予防接種担当部門、管轄の保健所等が連携し、円滑に実施する。

- ・ a. 接種不適當者等に該当しない場合は、積極的に接種を勧奨し、年度末までには接種を完了していることを目標とする。
- ・ b. 可能な限り 4～6 月にワクチン接種を受けるように勧奨する。
- ・ c. 遅くとも夏休みまでにワクチン接種を受けたかどうかの確認を行い、受けていない場合は、夏休み中に受けておくよう勧奨する。
- ・ d. c. に該当する者に対しては夏休み明けに接種の有無を確認し、未接種の場合は、再度、接種勧奨を行う。

#### 都道府県麻しん対策会議への協力

中学校、及び高校は、学校ごとに接種率を把握して、施設設置者あるいは監督部署を通じて、都道府県における麻疹対策会議に報告する。

(ア) 4 月から 9 月末までの実施分：

12 月末までに報告

(イ) 前年 4 月から 3 月末まで(前年度)の実施分：

6 月末までに報告

(ウ) 接種率の計算方法：中学 1 年生の場合を例として示す。  
高校 3 年生の場合も同様とする。

$$\text{接種率(\%)} = \frac{\text{所属する中学1年生の中で} \\ \text{当該期間中に麻疹含有ワクチンを接種した生徒数(人)}}{\text{所属する中学1年生の生徒数(人)}} \times 100$$

定期接種の対象(下記参照)を既に過ぎているにもかかわらず、まだ決められた回数の予防接種を受けていない場合は、任意接種として接種を受けるよう推奨する。

- b. a.にて、接種を勧奨した場合には、接種が終了したことを確認する。

【定期接種の対象年齢】

以下の時期にそれぞれ1回ずつ、2回の麻しん風しんワクチン接種を受ける。

第一期：1歳児

第二期：小学校入学前1年間(保育所、幼稚園では最年長クラス)の小児

- 平成20年4月1日から5年間の時限措置 -

第三期：中学1年生に相当する年齢の者(13歳になる年度の1年間)

第四期：高校3年生に相当する年齢の者(18歳になる年度の1年間)

生まれた時期によって、接種を受ける年齢が異なる

- ・「第一期と第二期で受ける」：平成20年度の小学校2年生以下
- ・「第一期と第三期で受ける」：平成20年度の小学校3年生から中学校1年生
- ・「第一期と第四期で受ける」：平成20年度の中学校2年生から高校3年生に相当する年齢の者

なお、平成17年度までの第一期の接種年齢は1歳から7歳半未満

2) 大学等の学生

- a. 入学する前の手続きの段階で、定期の予防接種歴を確認し、年齢に応じて必要とされる回数の接種が完了していなければ、入学前に任意接種として接種を推奨する(なお、平成20年度からの5年間については、高校3年生に相当する年齢の者は定期接種対象である。 )。
- b. 麻しんに対する免疫を保有しない者、及び、麻しんに罹患すると重症化する可能性のある者と接する機会の多い医学系・教育系・福祉系の大学等においては、前述の a.に加えて、入学後に予防接種歴を確認し、必要な回数の接種が完了していないものに関しては再度推奨し、接種が完了したことを確認する。

3) 職員等

- a. 勤務開始前(時)健康状況調査において、麻しん含有ワクチンの接種歴・麻しん罹患歴を確認し、未接種未罹患者には任意接種として接種を推奨する。
- b. a.にて、接種を推奨した場合には、勤務開始後に接種が終了したことを確認する。
- c. すでに接種を終了しているが、小児期の1回接種のみであるもの、接種歴や罹患歴が不明あるいは記憶があいまいなものに関しては、

医療機関にて血液検査を実施し、免疫を保有していない場合にワクチン接種を推奨する。あるいは、血液検査を実施せずにワクチン接種を推奨する。

## 2.発生時の対応

\* 麻しんと診断された園児・児童・生徒・学生・職員が 1 名でも発生したらすぐ対応を開始する。

### 1) 関係者・関係機関への連絡と対策会議の開催

保護者等からの連絡により、麻しん発生の報告を受けた場合は、直ちに学校医に相談し、監督部署・保健所あるいは保健センターに連絡する。施設において、以下に記載する関係者・関係各機関の出席の下、迅速な情報共有と対応の連携を目的とした対策会議を速やかに開催する。

- a. 施設の設置者、あるいは監督部署
- b. 学校医
- c. 最寄りの保健所、あるいは保健センター

### 2) 感染拡大防止策

2.1)にあげた関係者・関係各機関と連携のもと、迅速な対応を実施する。特に、疫学的な調査に関しては、最寄りの保健所、あるいは保健センターとの情報の共有が不可欠であり、連携をとりながら進めることが重要である。

#### a. 患者の調査、患者情報の収集

学校等では、1.1)、1.3)における平時の対応が実施されていることが前提となるが、保健所等との連携のもとに、患者のワクチン接種歴、全身状態や入院の有無、感染性を有する期間(発熱、咳、鼻水、目の症状(目の充血、目やに等)、発しんのいずれかが出現する前日から解熱後 3 日を経過するまでの間)の行動等に関して把握しておくことが望ましく、調査票を例として呈示した(添付 1～3)。

2.1)にあげた対策会議のもと、主に管轄保健所が中心となって、患者の調査を実施する。調査内容は、症状・診断名、受診した医療機関名、家族の麻しん罹患歴・麻しん含有ワクチン接種歴、発症前約 2 週間から解熱後 3 日を経過するまでの行動等に関してであり、詳細は、国立感染症研究所感染症情報センター作成「麻しん排除に向けた積極的疫学調査ガイドライン(案)(第一版)」(URL: <http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/index.html>)

を参照されたい。

b. 施設内における麻疹発生状況の確認：

欠席者を把握し、その欠席理由を確認する。欠席理由の中で、麻疹と診断されているもの、発熱、発しん、咳、鼻水、目の充血等、麻疹を疑う症状の有無を確認する。

出席者の中に、発熱、発しん、咳、鼻水、目の充血等、麻疹を疑わせる症状を有する者がいないかを把握する。

c. 患者との接触者への対応：

麻疹を発症した者が、発熱、咳、鼻水、目の症状(目の充血、目やに等)、発しんのいずれかが出現する前日から解熱後 3 日を経過するまでの間に学校に登校していた場合は、過ごした教室・体育館・部室などの施設、フロア等を確認し、一緒にいたと考えられる者(接触者)、濃厚に接触した者(クラス、クラブ活動、寮等)を把握する。

接触者であることがわかった場合は、感染発症予防方法について、すぐに学校医等と相談するよう、情報提供する。

- 市販のマスクは、麻疹に対する感染予防効果は余り期待できない。
- 患者に接触してから 3 日以内であれば、麻疹含有ワクチンの接種により発症を予防できる可能性がある。
- 患者に接触してから 6 日以内であれば、ガンマグロブリン\*の注射をすることで発症を予防できる可能性がある。

\* 軽く発症する場合、潜伏期が延長して発症する場合があるので、接触後少なくとも 3 週間は、麻疹を疑わせる症状について注意深く観察する必要がある。麻疹の予防に用いるガンマグロブリンは、通常、筋肉注射で投与するが、注射量が多く、痛みも強い。静脈内へのガンマグロブリンの点滴投与は、健康保険適応がない。ガンマグロブリンは血液製剤であることに留意する必要がある。以上のことから、ガンマグロブリンはやむをえない場合の使用に留め、できるだけ予防に重点を置く。

d. その他の全児童・生徒・学生及び保護者・職員への対応

施設内で麻疹が発生していることを報告し、周知する。

毎朝、登校前に自宅で検温を実施し、37.5 以上の発熱を認めた場合は、必ず理由を報告の上、欠席するよう指導する。職員の場合は、休暇を取得させる。

児童・生徒・学生・職員及びその家族において、定期接種の対象にあたる者は、年齢に応じて必要な回数のワクチン接種が完了していない場合、速やかに接種を勧奨する。

児童・生徒・学生・職員及びその家族において、麻しん未罹患でかつ定期接種の対象を既に過ぎているにもかかわらず、まだ決められた回数の予防接種を受けていない場合は、ワクチン接種を速やかに推奨する。0 歳の家族がいる者については、かかりつけの小児科医と相談するよう情報提供する。

児童・生徒・学生・職員及びその家族において、過去に 1 回の麻しん含有ワクチン接種歴しかなく、麻しん含有ワクチンの定期接種対象外である者に対しては、2 回目の接種に関しての情報提供を行う。

学校等での麻しん対策の一環として、緊急のワクチン接種を実施する場合は、学校医等、保健所あるいは保健センターと連携して実施することが必要である。実施の際には、緊急接種の必要性、接種により予想される効果と副反応について、学校医等から、本人または保護者に十分に説明した上で、希望者に実施する。緊急ワクチン接種の際に用いる任意接種用問診票、接種に関する注意事項、接種の実施方法等は別紙「医療機関での麻しん対応ガイドライン“参考資料”」参照のこと。

e. 有症状者への対応

毎朝、検温を実施し、37.5 以上の発熱を認めた場合は、必ず理由を報告の上、学校を欠席し、医療機関を速やかに受診させる。

医療機関を受診する際には、電話であらかじめ校内・園(所)内で麻しんが発生していることを伝え、受診の仕方を確認してから受診するよう指導する。

発熱患者の扱いについては、学校保健法に基づき、施設長と学校医等が判断する。(参考:疑い例も麻しん扱いとして対応した学校あり。)

f. 特定の措置について(詳細は参考1～3参照))

必要に応じて、学年行事・全校(園・所)行事等の延期あるいは中止を検討する。

- 臨時休業(学校閉鎖等)、修学旅行・遠足・学園祭等の学年行事・全校(園・所)行事の開催の延期や中止についての必要性を、患者発生状況に応じて検討し、学校医等との相談のもと、臨時休業(学校閉鎖等)については施設の設置者が、その他の項目については施設長が決定する。

### 3.) 終息宣言

- a 施設内の麻しん新規患者発生が迅速かつ確実に把握されていることを前提とする。
- b 麻しんの潜伏期は、約 10-12 日であること、麻しんと確定診断されるまでには、さらに数日間を要することから、**「最後の麻しん患者と、児童・生徒・学生・職員等の最終接触日から、4 週間新たな麻しん患者発生が見られていないこと」**の要件が満たされたときに、麻しん集団発生の終息を考慮することとし、施設長は学校医等の専門家と相談の上、終息宣言の時期を決定する。

---

注1: 本ガイドラインで述べる「麻しん含有ワクチン」とは、麻しん単抗原ワクチン、麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)、麻しんおたふくかぜ風しん混合ワクチン(MMR ワクチン)など、麻しんワクチンが含まれているすべてのワクチンを指す。

注2: 本ガイドラインで述べる「勧奨」とは、定期接種における積極的勧奨を意図するものであり、「推奨」は、勧奨されている定期予防接種の対象外である者に、任意接種での接種を促すものである。

## 参考1 麻疹発生時の臨時休業(学校閉鎖等)について

同一感染源によると考えられる校内・園(所)内での麻しん患者発生が複数認められた場合、あるいは発生が1名であっても周囲に対しての感染力がある期間に登校し、閉鎖空間に複数名が集まる機会があった場合など、感染拡大が危惧されるようなときには、学校医等とともに、学級閉鎖、学年閉鎖、学校閉鎖(休校)等について患者発生状況に応じて検討し、臨時休業(学校閉鎖等)については施設の設置者が、その他の項目については施設長が決定する。

麻しんの潜伏期は約10-12日間であり、閉鎖する期間を決定する際には、潜伏期の長さを十分に考慮する必要がある。閉鎖期間が潜伏期以下の期間である場合、閉鎖期間内に感受性者対策が徹底されなければ、開校時に発症者が続出する可能性があり注意が必要である。

閉鎖期間中は、人の多く集まるところへの外出は控え、海外旅行、国内旅行及び帰省等を行わないよう指導を徹底する。また、麻しんが疑われる症状が認められた場合は、公共交通機関を利用しないよう指導する。

閉鎖期間中は、学校等は休校中の児童・生徒・学生・職員の健康状況を把握できる体制を整え、適宜把握する。

一人暮らしをしている学生等については、麻しんが疑われる症状が認められた場合は、一人で自宅休養せず、家族に訪問してもらうか、医療機関に相談するように指導する。

閉鎖期間中は、毎朝検温し、体調管理につとめる。

麻しんが疑われる症状が認められた場合には、医療機関を受診し、その際には、園・学校で麻しんの発生のあることを受付などで伝え、何も言わないでそのまま待合室にいたることがないように指導する。

閉鎖解除後であっても、施設の終息宣言が出されるまでは、毎朝の検温は徹底し、体調管理につとめる。

### ➤ 閉鎖する期間が14日未満の場合

- ・ 麻しんの潜伏期から考えると、開校時に発症者が続出する可能性があるため、閉鎖期間は、「すべての未接種未罹患患者あるいは接種歴罹患歴不明者が麻しん含有ワクチンの接種を完了する期間」と考える。
- ・ 未接種未罹患患者あるいは接種歴罹患歴不明者に対する麻しん含有ワクチン接種は、可能な限り、閉鎖後早期に行うことを指導する。
- ・ 未接種未罹患患者あるいは接種歴罹患歴不明者に対する麻しん含有ワクチン接種勧奨(あるいは推奨)と、接種したことの確認を実施・徹

底する。

- 閉鎖する期間が 14 日以上の場合
  - ・ ほとんどの者がこの期間内に発症する。なお、ワクチン既接種者・発症予防にガンマグロブリンを緊急に注射した者では、潜伏期が延びて発症する場合がある。
  - ・ 未接種未罹患患者あるいは接種歴罹患歴不明者に対する麻しん含有ワクチン接種勧奨(あるいは推奨)と、接種したことの確認を、前述の通り、実施する。

## 参考2 出発前の 1 ヶ月間に麻疹患者の発生が確認されている際の修学旅行・遠足等の開催について

a. 行き先は国内外を問わない。

b. 出発前の対応

修学旅行・遠足等は、原則として、過去の罹患が記録により確認されたもの、あるいは当該年齢までに必要な回数のワクチン接種が確実に終了したものが参加できることとする。

少なくとも、出発 1 か月前までには、参加者が を満たすことを確認する。

出発前 3 週間以内に、施設内において、1 名以上の麻疹患者発生が確認されている場合、麻疹に対する免疫を獲得していないと考えられる者は、現地での発症の可能性があるため、参加困難であることを周知する。

麻疹が排除された国への海外修学旅行等の場合においては、個人の麻疹発症後の重症化の可能性のみならず、現地での発症は往々にして国際問題に発展する可能性があることを参加者および保護者に伝え、麻疹に対する免疫を獲得していないものは、参加が困難であることを周知する。それは国内においても同様である。

麻疹が排除された国への海外修学旅行等の場合において、現地で発症した場合、現地保健当局の指示により患者を含む参加者全員の行動制限のみならず、全員の採血、抗体陰性者へのガンマグロブリンの注射、世界中への情報発信、疑わしい症状が認められた場合には、飛行機への搭乗拒否、帰国延期となる可能性のあることを周知する。

出発前 3 週間以内に、施設内において、1 名以上の麻疹患者発生が確認されている場合、旅行当日の朝は、参加者全員が検温し、原因が明らかではない 37.5 以上の発熱を認めた場合は、旅行・遠足は不参加となることをあらかじめ周知しておく。

これらの指導が守られず、滞在先で麻疹を発症した場合は、第三者に感染させる可能性がなくなるまで、現地で治療を受ける可能性が高く、公共交通機関を使った帰宅は困難であることを周知する。

滞在先によっては、参加者全員が、第三者に感染させる可能性が完全に否定されるまで、一時的に行動を制限される可能性があることについても十分に周知する。

以上のように万全を期していても、万が一、発症者が出た場合に備えて、

行き先の最寄り医療機関を確認しておく。

c. 滞在先での対応

参加者全員に対する健康観察・検温を毎朝・毎夕実施する。

原因が明らかではない 37.5 以上の発熱を認めた場合は、観光等を直ちに中止し、宿泊先からの外出を控え、現地の医療機関を速やかに受診する。その際、受診先の医療機関には、麻しんの発症が疑われることを電話で伝え、受診の仕方を確認してから受診する。

原因が明らかではない 37.5 以上の発熱を認め、医療機関を受診後の、麻疹感染拡大阻止に関連した参加者の行動に関する疑問点や、対応の詳細に関しては、受診後速やかに、滞在している市町村を管轄する保健所あるいは保健センターに連絡し、情報を得る。

滞在先で麻しんを発症した際、帰宅に公共の交通機関を使用せざるを得ない場合は、第三者に感染させる可能性がなくなるまで現地で治療を受け、その後帰宅する可能性が高い。

滞在先によっては、参加者全員が、第三者に感染させる可能性が完全に否定されるまで、一時的に行動を制限される可能性がある。

### 参考3 開催前の 3 週間に麻疹患者の発生が確認されている際の学園祭等の行事の開催について

#### a. 開催前の対応

開催前 3 週間以内に、施設内において、1 名以上の麻疹患者発生が確認されている場合、麻疹に対する免疫を獲得していないものが開催中に発症し、不特定多数の来校(所)者に感染させる可能性があるため、開催について、学校医等と相談し検討する。

開催を延期しない場合には、原則として、過去の麻疹罹患が記録により確認されたもの、あるいは当該年齢までに必要な回数のワクチン接種が確実に終了したものが参加できることとする。

#### b. 開催時の対応

開催前 3 週間以内に、施設内において、1 名以上の麻疹患者発生が確認されているにもかかわらず、開催する場合、開催当日の朝は、参加者全員が検温し、その原因が明らかではない 37.5 以上の発熱を認めた場合は、欠席させる。

開催前 3 週間以内に、施設内において、1 名以上の麻疹患者発生が確認されているにもかかわらず、開催する場合、来校(所)者へは施設内に入る前に、当該施設において麻疹が発生していることを掲示等を通して周知する。周知する内容は、来校(所)者に対して、過去の麻疹罹患、或いは麻疹含有ワクチン接種により、麻疹に対する免疫を獲得していると考えられるもの、あるいは当該年齢までに必要な回数のワクチン接種が確実に終了したもの以外は、約 10～12 日間の潜伏期の後に、麻疹を発症する可能性がある旨も含むものとする。

開催を延期した場合は、終息宣言後に開催することが可能である。

## 保育園・幼稚園等における麻しん(はしか)患者調査票 乳幼児用 (例)

|     |            |   |   |
|-----|------------|---|---|
| 記入日 | 年          | 月 | 日 |
| 記載者 | 父・母・その他( ) |   |   |

|                                                                  |                                                                                                                                                |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|------|-------|---|-----|----|----|---|-----|----|---|----|----|----|
| 1                                                                | 患者氏名                                                                                                                                           |     | 2 | 性別   | 男・女   | 3 | 年齢: | 歳  | ヶ月 |   |     |    |   |    |    |    |
| 4                                                                | クラス                                                                                                                                            | 組   | 5 | 生年月日 | 年 月 日 |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 6                                                                | 住所                                                                                                                                             | 〒   |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 7                                                                | 電話番号                                                                                                                                           | - - |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 8                                                                | 本人以外(保護者等)の連絡先<br>氏名: 本人との関係:<br>住所:<br>自宅: - - 携帯: - -                                                                                        |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。            |                                                                                                                                                |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 9                                                                | 37.5度以上の発熱                                                                                                                                     | 無   | 有 | (    | 年     | 月 | 日)  | から | (  | 年 | 月   | 日) |   |    |    |    |
| 10                                                               | 熱が最も高かったとき                                                                                                                                     | (   |   |      |       |   |     |    |    |   |     | 年  | 月 | 日) |    |    |
| 11                                                               | せき                                                                                                                                             | 無   | 有 | (    | 年     | 月 | 日)  | から |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 12                                                               | 鼻水(はなみず)                                                                                                                                       | 無   | 有 | (    | 年     | 月 | 日)  | から |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 13                                                               | 目の症状(目が赤くなる、目やに等)                                                                                                                              | 無   | 有 | (    | 年     | 月 | 日)  | から |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 14                                                               | 赤い発疹(ぶつぶつ);                                                                                                                                    | 無   | 有 | (    | 頭     | ・ | 体   | ・  | 手足 | ・ | 全身) | (  | 年 | 月  | 日) | から |
| 15                                                               | その他                                                                                                                                            | (   |   |      |       |   |     |    |    |   |     | 年  | 月 | 日) | から |    |
| 医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。        |                                                                                                                                                |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 16                                                               | 医院や病院を受診しましたか？<br>a. しなかった<br>b. した→ (初診: 年 月 日 時)<br>(医療機関名: )<br>(電話: - - ) (主治医: )                                                          |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 17                                                               | 入院しましたか？<br>a. しなかった<br>b. した→ (入院医療機関名: )<br>(診療科名: )<br>(入院日: 年 月 日)<br>(退院日: 年 月 日)                                                         |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 18                                                               | 麻しん(はしか)以外に、次の病気のいずれかと診断されましたか。<br>a. されなかった<br>b. された→ (肺炎 ・ 気管支炎 ・ 中耳炎 ・ 腸炎 ・ 脳炎 ・ その他( ))                                                   |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 患者様ご本人が、過去に麻しん(はしか)にかかったかどうか、過去の麻しん(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。 |                                                                                                                                                |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |
| 19                                                               | 過去に麻しん(はしか)にかかったことはありますか？(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)<br>a. 無<br>b. 不明<br>c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日)<br>母子手帳等の記録によって確認しましたか？<br>a. していない<br>b. した |     |   |      |       |   |     |    |    |   |     |    |   |    |    |    |

[illegible]

## 学校等における麻しん(はしか)患者調査票 児童・生徒・学生用 (例)

|     |            |   |   |
|-----|------------|---|---|
| 記入日 | 年          | 月 | 日 |
| 記載者 | 父・母・その他( ) |   |   |

|                                                                  |                                                                                                                                                |              |   |                     |           |           |     |   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|---------------------|-----------|-----------|-----|---|
| 1                                                                | 患者氏名                                                                                                                                           |              | 2 | 性別                  | 男・女       | 3         | 年齢: | 歳 |
| 4                                                                | 学年・組                                                                                                                                           | 年 組 番        | 5 | 生年月日                | 年 月 日     |           |     |   |
| 6                                                                | 住所                                                                                                                                             | 〒            |   |                     |           |           |     |   |
| 7                                                                | 電話番号                                                                                                                                           | - -          |   |                     |           |           |     |   |
| 8                                                                | 本人以外（保護者等）の連絡先<br>氏名： 本人との関係：<br>住所：<br>自宅： - - 携帯： - -                                                                                        |              |   |                     |           |           |     |   |
| 下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。            |                                                                                                                                                |              |   |                     |           |           |     |   |
| 9                                                                | 37.5度以上の発熱                                                                                                                                     | 無            | 有 | ( 年 月 日 )           | から        | ( 年 月 日 ) |     |   |
| 10                                                               | 熱が最も高かったとき                                                                                                                                     | ( 年 月 日 )    |   |                     |           |           |     |   |
| 11                                                               | せき                                                                                                                                             | 無            | 有 | ( 年 月 日 )           | から        |           |     |   |
| 12                                                               | 鼻水(はなみず)                                                                                                                                       | 無            | 有 | ( 年 月 日 )           | から        |           |     |   |
| 13                                                               | 目の症状(目が赤くなる、目やに等)                                                                                                                              | 無            | 有 | ( 年 月 日 )           | から        |           |     |   |
| 14                                                               | 赤い発疹(ぶつぶつ)；                                                                                                                                    | 無            | 有 | ( 頭 ・ 体 ・ 手足 ・ 全身 ) | ( 年 月 日 ) | から        |     |   |
| 15                                                               | その他 ( )                                                                                                                                        | ( 年 月 日 ) から |   |                     |           |           |     |   |
| 医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。        |                                                                                                                                                |              |   |                     |           |           |     |   |
| 16                                                               | 医院や病院を受診しましたか？<br>a. しなかった<br>b. した → (初診： 年 月 日 時)<br>(医療機関名： )<br>(電話： - - ) (主治医： )                                                         |              |   |                     |           |           |     |   |
| 17                                                               | 入院しましたか？<br>a. しなかった<br>b. した → (入院医療機関名： )<br>(診療科名： )<br>(入院日： 年 月 日)<br>(退院日： 年 月 日)                                                        |              |   |                     |           |           |     |   |
| 18                                                               | 麻しん(はしか)以外に、次の病気のいずれかと診断されましたか。<br>a. されなかった<br>b. された → ( 肺炎 ・ 気管支炎 ・ 中耳炎 ・ 腸炎 ・ 脳炎 ・ その他( ) )                                                |              |   |                     |           |           |     |   |
| 患者様ご本人が、過去に麻しん(はしか)にかかったかどうか、過去の麻しん(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。 |                                                                                                                                                |              |   |                     |           |           |     |   |
| 19                                                               | 過去に麻しん(はしか)にかかったことはありますか？(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)<br>a. 無<br>b. 不明<br>c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日)<br>母子手帳等の記録によって確認しましたか？<br>a. していない<br>b. した |              |   |                     |           |           |     |   |



**保育園・幼稚園・学校等における麻しん(はしか)患者調査票 教職員・スタッフ用 (例)**

|     |           |   |   |
|-----|-----------|---|---|
| 記入日 | 年         | 月 | 日 |
| 記載者 | 本人・その他( ) |   |   |

|   |      |                     |   |      |       |   |    |   |
|---|------|---------------------|---|------|-------|---|----|---|
| 1 | 患者氏名 |                     | 2 | 性別   | 男・女   | 3 | 年齢 | 歳 |
| 4 | クラス  | 年 組                 | 5 | 生年月日 | 年 月 日 |   |    |   |
| 6 | 住所   | 〒                   |   |      |       |   |    |   |
| 7 | 電話番号 | 自宅: - - 携帯: - -     |   |      |       |   |    |   |
| 8 | 職業   | 学校等の教職員・保育士・その他 ( ) |   |      |       |   |    |   |

下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。

|    |                                |              |   |                        |
|----|--------------------------------|--------------|---|------------------------|
| 9  | 37.5度以上の発熱                     | 無            | 有 | ( 年 月 日 ) から ( 年 月 日 ) |
| 10 | 熱が最も高かったとき                     | ( 年 月 日 )    |   |                        |
| 11 | せき                             | 無            | 有 | ( 年 月 日 ) から           |
| 12 | 鼻水(はなみず)                       | 無            | 有 | ( 年 月 日 ) から           |
| 13 | 目の症状(目が赤くなる、目やに等)              | 無            | 有 | ( 年 月 日 ) から           |
| 14 | 赤い発疹(ぶつぶつ) ; 無・有 ( 頭・体・手足・全身 ) | ( 年 月 日 ) から |   |                        |
| 15 | その他 ( )                        | ( 年 月 日 ) から |   |                        |

医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。

|    |                                       |          |                    |  |  |
|----|---------------------------------------|----------|--------------------|--|--|
| 16 | 医院や病院を受診しましたか？                        | a. しなかった |                    |  |  |
|    |                                       | b. した→   | (初診: 年 月 日 時)      |  |  |
|    |                                       |          | (医療機関名: )          |  |  |
|    |                                       |          | (電話: - - ) (主治医: ) |  |  |
| 17 | 入院しましたか？                              | a. しなかった |                    |  |  |
|    |                                       | b. した→   | (入院医療機関名: )        |  |  |
|    |                                       |          | (診療科名: )           |  |  |
|    |                                       |          | (入院日: 年 月 日)       |  |  |
|    |                                       |          | (退院日: 年 月 日)       |  |  |
| 18 | 麻しん(はしか)以外に、次の病気のいずれかと診断されましたか。       |          |                    |  |  |
|    | a. されなかった                             |          |                    |  |  |
|    | b. された→ ( 肺炎・気管支炎・中耳炎・腸炎・脳炎・その他 ( ) ) |          |                    |  |  |

患者様ご本人が、過去に麻しん(はしか)にかかったかどうか、過去の麻しん(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| 19 | 過去に麻しん(はしか)にかかったことはありますか？ (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください) |
|    | a. 無                                                |
|    | b. 不明                                               |
|    | c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日)                          |
|    | 母子手帳等の記録によって確認しましたか？                                |
|    | a. していない                                            |
|    | b. した                                               |

|                                                               |                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|----------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| 麻しん(はしか)に対する予防接種歴(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)                    |                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 20                                                            | 1回目                                                                                                                          |    | a. 無<br>b. 不明<br>c. 有 → ワクチンの種類(麻しん(はしか)・MR・MMR・不明)<br>接種年月日(昭和・平成 年 月 日・不明)<br>製造会社 / Lot番号( / ・不明)<br>母子手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない<br>b. した |                       |  |                      |                       |                         |  |
|                                                               | 2回目                                                                                                                          |    | a. 無<br>b. 不明<br>c. 有 → ワクチンの種類(麻しん(はしか)・MR・MMR・不明)<br>接種年月日(昭和・平成 年 月 日・不明)<br>製造会社 / Lot番号( / ・不明)<br>母子手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない<br>b. した |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 同居されているご家族が麻しん(はしか)にかかったか、麻しん(はしか)に対する予防接種をしているかに関して、お答えください。 |                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 21                                                            | ご家族で__月__日から現在までに麻しん(はしか)にかかった人はいましたか。<br>a. 無<br>b. 不明<br>c. 有 → それは誰ですか? ( )                                               |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 22                                                            | ご家族の構成と、それぞれの方が麻しん(はしか)にかかったか、予防接種を受けたかに関してご記入ください。                                                                          |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
|                                                               | 続柄                                                                                                                           | 年齢 | 今回、麻しん(はしか)にかかりましたか                                                                                                                            | かかった場合<br>発熱出現日 発疹出現日 |  | 過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか | 麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか | 接種したときの年齢<br>あるいは、接種年月日 |  |
|                                                               |                                                                                                                              |    | かかった・かからなかった                                                                                                                                   |                       |  | かかった・かからなかった         | 受けた・受けていない            |                         |  |
|                                                               |                                                                                                                              |    | かかった・かからなかった                                                                                                                                   |                       |  | かかった・かからなかった         | 受けた・受けていない            |                         |  |
|                                                               |                                                                                                                              |    | かかった・かからなかった                                                                                                                                   |                       |  | かかった・かからなかった         | 受けた・受けていない            |                         |  |
|                                                               |                                                                                                                              |    | かかった・かからなかった                                                                                                                                   |                       |  | かかった・かからなかった         | 受けた・受けていない            |                         |  |
| 発熱初日の2週間前から解熱後3日までの期間に関して、患者様ご本人の行動に関して、お答えください。              |                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 23                                                            | 麻しん(はしか)の人と会いましたか a. あっていない<br>b. わからない<br>c. あった → 詳しく教えてください(いつ、どこで、だれと)<br>( )                                            |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 24                                                            | 勤務先以外で、多くの子ども(児童生徒等)と接する場所<br>a. 行っていない<br>b. 行った → 詳しく教えてください 場所 ( ) 月 日<br>場所 ( ) 月 日<br>場所 ( ) 月 日                        |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |
| 25                                                            | そのほか、不特定多数の人が多く集まる場所(ショッピングセンター、催し物会場、カルチャースクール等)<br>a. 行っていない<br>b. 行った → 詳しく教えてください 場所 ( ) 月 日<br>場所 ( ) 月 日<br>場所 ( ) 月 日 |    |                                                                                                                                                |                       |  |                      |                       |                         |  |