

麻疹患者と接触した方へ

麻疹患者さんからの聞き取りに基づき、患者さんと接触された方にこの文書を配布しております。麻疹は感染力が非常に強く、免疫を持っていない方が接触すると今後麻疹を発症する可能性があります

これまで母子手帳などで麻疹ワクチンを2回以上受けた記録がある、もしくは過去に麻疹に罹ったことが確実である（医師の診断を受けたもしくは検査で確認されたことがある）方はすでに免疫を持っている可能性が高く、濃厚接触しても発症する可能性はほとんどありません。しかし、それ以外の方は麻疹への免疫をお持ちでない可能性があります、今後潜伏期間を経て麻疹を発症する可能性があります。患者との接触から3日以内に麻疹ワクチンを接種する、もしくは患者との接触から既に3日を過ぎており、4日以上6日以内であれば免疫グロブリン製剤の注射を行うことで発症を予防出来る可能性があります、対象となる方はかかりつけ医にご相談下さい。

麻疹の潜伏期間は5日から21日以内のため、麻疹への免疫をお持ちでない方は不急不要の外出を控えて頂くと同時に、潜伏期間中に麻疹を発症しないか健康観察を行って頂く必要があります。健康観察とは、以下の点をご自身で確認して頂くことです。

37.5度以上の発熱はないか（朝・夕の体温測定をお勧めします）

咳、鼻水、咽頭痛（のどが痛い）、目の充血、眼脂（目やに）がないか

発疹（皮膚の赤いぶつぶつ）がないか（注意：病気の初期には発疹が無い場合も多いです）

もし、このような症状が現れて医療機関を受診する場合には、必ず事前に医療機関に「麻疹発症者との接触歴があり、麻疹かもしれない」ことを連絡の上、医療機関の指示に従い受診して頂きますようお願い致します（受診の際には公共交通機関の利用はお控え下さい）。

麻疹を発症したにも関わらず放置すると、周囲の方々に感染を広げてしまうことになりかねません。流行が拡大すると、特に抵抗力の弱く重症になりやすい乳幼児や持病をお持ちの方が犠牲になることが懸念されます。麻疹拡大防止について、ご理解とご協力のほど宜しくお願い致します。

那覇市保健所 保健総務課

電話：098-853-7972

体温記録用紙（自己チェック用紙）

*麻しんの潜伏期間はおおむね14日以内、最長でも3週間とされています。
 *本記録用紙は、接触があった日から、14日以内の発熱、カタル症状(咳・鼻汁・目の充血)、発疹(頭・体・手足など)の症状と健康状態を自己チェックするものです。
 *毎日、朝と夕方の2回、体温測定と、カタル症状や発疹の有無などのチェックをお願いします。
 *無症状であれば、接触があった日から14日間についても平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ外出などは控えて頂き、注意深くご自身の健康チェックを行って頂くことをお願いします。
 もし気になる症状が現れ有るときには、速やかに管轄の保健所あるいは医療機関へご連絡ください。

接触者番号: _____ 住所: _____ 住所: _____
 氏名: _____ 自宅電話番号: _____ 携帯電話: _____
 最終接触日時: 月 日 時頃

最終接触より	日付	測定時間 (朝)	体温(°C)	測定時間 (夕)	体温(°C)	症状(咳・鼻汁・目の充血・ 発疹等)	備考欄(行先等)
0日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
1日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
2日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
3日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
4日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
5日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
7日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
8日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
9日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
10日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
11日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
12日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
13日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
14日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
15日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
16日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
17日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
18日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
19日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
20日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
21日	月 日	:		:		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

問い合わせ・連絡先 那覇市保健所 担当者名: _____
 住所: 那覇市与儀1-3-21
 電話番号: 098-853-7972 FAX: 098-895-7966