

日本脳炎 予防接種予診票

1期初回	回目
1期追加	
2期	

親子健康手帳交付番号				診察前の体温		度		分	
住 所		久留米市							
フリガナ				男・女		電話()			
受ける人の氏名				生年 月日		年 月 日生 (満 歳 か月)			
質 問 事 項 () 内に数字、○印など記入してください						回 答 欄		医師記入欄	
1. 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか						いいえ		は い	
2. あなたのお子さん（接種を受ける方）の発育歴についておたずねします ・出生体重() g 分娩時や出生後に異常がありましたか						あった		なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか(乳幼児健診も含めて)						あ る		な い	
3. 今日、身体に具合の悪いところがありますか (熱、咳、下痢、おう吐、その他)						は い		いいえ	
4. 1か月以内に病気にかかりましたか (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他)						は い		いいえ	
5. 1か月以内に家族や遊び仲間うつる病気の人がいきましたか (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他)						は い		いいえ	
6. 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	
7. 生まれてから今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他)						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について相談しましたか						いいえ		は い	
・その結果、予防接種を受けてよいといわれましたか						いいえ		は い	
8. 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	
・そのとき熱がでましたか (度 分)						は い		いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発しん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、食品名)						は い		いいえ	
10. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか						は い		いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前() (熱、おう吐、発しん、注射部のはれ、その他)						あ る		な い	
12. 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	
13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか						は い		いいえ	
14. (妊娠可能年齢の女性の方のみ) 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか						は い		いいえ	
15. 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								医師のサイン	
診察所見：咽頭(異常なし) 胸部(異常なし) その他()、以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 保護者又は被接種者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました						不 可		可 能	
保護者または本人記入欄									
説明文書または医師の診察・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、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種することを希望しますか (希望しません ・ 希望します) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者または被接種者自署 ※被接種者が16歳未満の場合は保護者の自署									
使用ワクチン名		接 種 量		実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 実 施 年 月 日					
ワクチン名				実 施 場 所					
Lot No.				医 師 名					
(注)有効期限が切れていないか要確認		ml		実施年月日 年 月 日					

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、麻しん、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※ 16歳以上は本人の同意のみで接種可能です。

日本脳炎ワクチンの接種について

日本脳炎について

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。日本脳炎ウイルスは西日本を中心として日本全体に分布しています。ブタなどの体内で増えたウイルスが蚊によって媒介され感染します。7～10日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどの症状を示す急性脳炎になることがあります。ヒトからヒトへの感染はありません。

日本脳炎ウイルスに感染した人のうち 100～1,000 人に 1 人が脳炎等を発症します。脳炎のほか髄膜炎や夏かぜ様の症状で終わる人もいます。脳炎にかかった時の致死率は約 20～40%ですが、治った後に神経の後遺症を残す人が多くいます。

ワクチンの効果と副反応

現在使用されている「乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン」は、ペロ細胞という細胞でウイルスを増殖させ、ホルマリンなどでウイルスを殺し（不活化）、精製した不活化ワクチンです。

【効果】

ワクチン接種により、日本脳炎の罹患リスクを75～95%減らすことができると報告されています。

【副反応】

発熱、せき、鼻水、注射部位の紅斑や腫れ・発疹などで、これらの副反応のほとんどは接種3日後までにみられています。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱（通常 37.5℃以上）をしている人
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 日本脳炎の予防接種に含まれる成分で、*アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな人
4. その他、医師が不適当な状態と判断した場合

上の1～4に当てはまらなくても医師が接種不適当と判断した時は、予防接種を受けることはできません。

*アナフィラキシー：

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。汗がたくさん出る、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出るほか、はきけ、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状やショック状態になるような、はげしい全身反応のことです。

予防接種を受ける際に注意を要する場合

以下に該当すると思われる方は、かかりつけ医に相談し、予防接種を受けてよいかどうか判断してもらいましょう。

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育障害などで治療を受けている人
2. 予防接種で、接種後2日以内に発熱がみられた人及び発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられたお子さん
3. 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
4. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる人
5. ワクチンにはその製造過程において培養に使う卵の成分、抗菌薬、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことのある人

予防接種を受けた後の注意

1. 予防接種を受けた後 30 分程度は、医療機関で様子を観察するか医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応がこの間に起こることがあります。
2. 接種後、1 週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
4. 接種当日は、はげしい運動は避けましょう。
5. 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

※非常にまれですが、予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定した時は、市町村により給付が行われます。久留米市保健所保健予防課までご相談ください。