

# 日本脳炎予防接種予診票（13歳以上16歳未満接種用）

## 日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明

**保護者の方へ：必ずお読みください。**

※【13歳以上16歳未満のお子様をお持ちの保護者の皆様へ】  
 これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上16歳未満の方への日本脳炎の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）  
 この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

### 1 日本脳炎とは

日本脳炎ウイルスの感染でおこります。ヒトからヒトへ感染することはなく、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。感染者のうち100人～1,000人に1人が脳炎を発症します。7～10日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどをおこす急性脳炎になります。脳炎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死亡率は約20～40%ですが、神経の後遺症を残す人が多くいます。流行は西日本地域が中心ですが、ウイルスは北海道など一部を除く日本全体に分布しています。

### 2 日本脳炎ワクチンについて

日本脳炎ワクチンの接種により体内に免疫（中和抗体価10以上）ができると、日本脳炎にかかることを防ぐことができます。

#### (1) 日本脳炎ワクチンの受け方

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを、標準的には3歳のときに6～28日の間隔をおいて2回接種（1期初回）し、4歳のときに2回目の接種終了後概ね1年の間隔をおいて1回接種（1期追加）します。さらに9歳のときに1回接種（2期）します。

#### 【日本脳炎予防接種の特例措置】

日本脳炎の定期予防接種については、平成17年にマウス脳による製法の日本脳炎ワクチン（旧ワクチン）を接種した後に重症の急性散在性脳脊髄炎（ADEM）を発症した事例があったことから、より慎重を期するため、平成17年5月、厚生労働省の通知により、接種の積極的な勧奨を差し控えていました。その後、新たに、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンが開発され、使用できるようになっています。

平成7年度～平成18年度生まれ及び、平成19年度～平成21年度生まれの人は、この勧奨の差し控えにより、接種機会を逃している可能性があるため、下記のとおり特例措置を実施しています。

#### 特例措置対象者

平成7年（1995年）4月2日～平成19年（2007年）4月1日生まれ

※実施期間は、上記対象者が20歳未満の間までです。

#### 特例措置対象者の接種スケジュール

接種スケジュールについては、医師にご相談ください。

- 全く接種していない人（計4回）

1期初回相当（計2回）	6日以上（標準6～28日）の間隔をおいて2回接種
1期追加相当（1回）	2回目の接種終了後6日以上（標準概ね1年）の間隔をおいて1回接種
2期相当（1回）	3回目の接種から6日以上の間隔をおいて1回接種

- 1～3回しか接種していない人

不足している回数（1～3回）	6日以上の間隔をおいて不足している回数を接種
----------------	------------------------

#### (2) 日本脳炎ワクチンの副反応

生後6カ月以上90カ月（7歳半）未満の小児で、以下の副反応が認められたとされています。主なものは発熱、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。なお、ごくまれにショック、アナフィラキシー様症状、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、脳症、けいれん、急性血小板減少性紫斑病などの重大な副反応がみられることがあります。

### 3 予防接種による健康被害救済制度について

- 定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。
- 健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

- ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

### 4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます）がある場合
  - ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
  - ③ 日本脳炎ワクチンの接種液に含まれる成分で、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）を起こしたことがある場合
  - ④ 日本脳炎に現在かかっている場合
  - ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合
- なお、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合は、原則接種できません。予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できます。

### 5 接種を受けた後の注意事項

- ① 接種後に、重いアレルギー症状を起こすことがあるので、接種後はすぐに帰宅せず、少なくとも30分間は安静にしてください。
- 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、接種部位をこすことはやめましょう。
- ④ 当日は、はげしい運動はさけましょう。
- ⑤ 接種後、高熱やけいれん、接種部位の大きなはれなど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。

**保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。**

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。

保護者が  
同伴する場合

・裏面の予診欄を記入して、予防接種を受けてください。

保護者が  
同伴しない場合

・下記の同意欄と裏面の予診欄に署名（質問事項にもすべて記入）して、予防接種を受けてください。

### 同意欄（接種を受ける人が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合）

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（満16歳未満の者は、保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。）

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。  
 なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

※ この同意欄は、日本脳炎の予防接種において、接種を受ける人が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。裏面の予診欄にも署名が必要です。

住 所	福岡市 区			
ふりがな 受ける人の氏名		男	生年 月 日	平成 年 月 日生
保護者の氏名	電話番号 ( )	女	年月日	(満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
①診 察 前 の 体 温	度 分		
②今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 ・未熟児(出生体重: g)で生まれたり、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	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他 )	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他 )	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や遊び仲間に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他 )	はい	いいえ	
⑦1か月以内に(BCG、ポリオ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他 ) 1週間以内に(三種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他 ) の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
⑧生まれてから今までに特別な病気(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たことがありますか。 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について相談しましたか。	いいえ	はい	
・その結果、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
⑨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	
・その時に熱が出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑩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。 (卵、薬、その他 )	はい	いいえ	
⑪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	
⑫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	
⑬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	
⑭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】** 診察所見 咽頭(異常なし口、 ) 胸部(異常なし口、 ) その他( )  
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。  
接種を受ける保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人)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。  
医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

**【保護者が同伴しない場合】** 接種を受ける方の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに  
( 同意します ・ 同意しません ) ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください。

**【保護者が同伴する場合】**  
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た上で、接種することに  
( 同意します ・ 同意しません ) ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください。

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。

**保護者の自署**

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	(皮下接種)	医療機関名	
Lot No.	3歳以上 0.5 mL	医 師 名	
(注)有効期限がきれていないのを要確認		接種年月日	令和 年 月 日