

市提出用

日本脳炎（特例措置） 予防接種予診票

松戸市	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
接種回数	(第1期) 初回【 年 月 日】2回【 年 月 日】追加【 年 月 日】第2期							
住所	松戸市						TEL	
予防接種番号						生年月日	西暦	年 月 日
ふりがな						(満 歳 か月)		
受ける人の氏名	(男・女)					保護者氏名		
接種日時点で松戸市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります ( ない・ある )								

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市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日 体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名 )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 ( 月 日 : )	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、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 ( )	はい	いいえ	
【"はい"と回答した場合】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いわれましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは ( ) 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	いいえ はい	
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 ( ) 歳頃 薬品・食品名 ( ) 症状 ( )	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 予防接種の種類 ( )	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人はいますか	はい	いいえ	
6か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 質問 ( )	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 <b>実施できる・見合わせたほうがよい(理由: )</b> 保護者に対して、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。	医師の自筆署名(又は記名押印)
-----------	--	-----------------

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 <b>同意します ・ 同意しません ※どちらかを○で囲んでください</b> 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。	保護者の自筆署名
------------	--	----------

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種(見合わせ)年月日
ワクチン名	皮下接種 0.5ml	実施場所:
Lot No.		医師名:
有効期限 年 月 日		接種(見合わせ)年月日:西暦 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

キリトリ線

医療機関控用

日本脳炎（特例措置） 予防接種

被接種者氏名 ( ) 生年月日 年 月 日  
 住所 松戸市 TEL  
 接種(見合わせ)年月日 年 月 日 使用ワクチン名 Lot No.

## 日本脳炎（特例措置）の予防接種を受ける13歳以上の保護者の方へ

### 保護者の方へ：必ずお読みください

#### 【 予防接種の対象となっている13歳以上（中学1年生以上）のお子様をお持ちの保護者の方へ 】

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すが、13歳以上（中学1年生以上）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、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に保護者が自筆による署名をすることによって、保護者が同伴しなくともお子様は予防接種を受けることができます（13歳未満は必ず保護者同伴）。

#### （当日は、お子様に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、お住いの市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 日本脳炎について

日本脳炎の患者は、極東アジアから東南アジア・南アジアにかけて広く分布し、世界的に見ると年間3～4万人の患者が発生しています。日本では、日本脳炎ワクチンの定期予防接種により日本脳炎患者の発生は年間10名前後となっていますが、日本脳炎を引き起こす日本脳炎ウイルスは、今でも西日本から東日本にかけて広く分布していることが確認されています。日本脳炎は、日本脳炎ウイルスを持っているコガタアカイエカに刺されることで感染します。日本脳炎ウイルスに感染すると、100人～1,000人に1人程度の割合で脳炎や髄膜炎を発症すると言われており、脳炎症状を起こすと致死率は20%～40%前後と高く、回復しても麻痺や認知障害等の重度の後遺症が残る場合があります。

### 2 日本脳炎ワクチンと副反応について

日本脳炎の定期予防接種に現在使用される日本脳炎ワクチン（乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン）は、培養細胞を用いて増やした日本脳炎ウイルスを不活化（感染性をなくした）して製造されます。決められた回数のワクチン接種を行うことで、90%以上の人に予防効果が得られると考えられています。

厚生労働省によれば、このワクチンの接種により生後6か月以上90か月（7歳半）未満の小児では、主に発熱、せき、鼻水、注射部位の紅斑や腫れ、発疹などの軽い副反応の報告があります。また、ごくまれにアナフラキシー様症状、急性散在性脳炎（ADEM）、脳症、けいれん、急性血小板減少性紫斑病等の重い副反応がおこることがあると言われています。

### 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 受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

### 保護者の方へ：以下事項をよくお読みください

ここに記載してある内容をよく読み、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。接種させることを決定した場合は、予診票の「保護者の自筆署名」の欄に自筆による署名及び必要事項を記入してください。（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、「保護者の自筆署名」の所には何も記載しないでください。