

- 保護者の方へ:必ずお読みください。

日本脳炎予防接種同意書(13歳以上対象:保護者が同伴しない場合) 日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明

※【予防接種の対象となっている13歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ】

平成17年度から平成21年度までの間に接種の機会を逃した方(平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの方)は、20歳になるまでの間に日本脳炎定期予防接種が受けられるようになりました。予防接種を受ける際には、原則として保護者の同伴が必要となりますが、13歳以上の方の日本脳炎定期予防接種については、保護者がこの同意書の記載事項を読み、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、この同意書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。)

※接種を受ける人が既婚の場合にはこの用紙を提出する必要はありません。

接種させることを判断する際に疑問があれば、あらかじめ、かかりつけ医や松戸市健康推進課に確認して、十分に納得したうえで、接種させることを決めてからこの同意書に署名をしてください。

1 日本脳炎について

西日本地域を中心に流行しますが、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。飼育されているブタにおける流行は毎年6月から10月まで続きますが、この間に地域によっては約80%以上のブタが感染しています。以前は小児、学童に発生していましたが、予防接種の普及などで減少し、最近では予防接種を受けていない高齢者を中心に患者が発生しています。

＜感 染＞日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトから直接ではなく、ブタの体内で増えたウイルスが、蚊(コガタアカイエカ)によって媒介され感染します。7～10日の潜伏期間があります。

＜ワクチン＞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)、精製したものです。

＜症 状＞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ります。感染者のうち100～1,000人に1人が脳炎を発症します。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。

＜副 反 応＞予防接種後健康状況調査(厚生労働省)の平成24年度集計によれば、発熱は接種翌日が多く0.2～0.6%程度で、腫れなどの局所反応も接種翌日が多く0.2～2.2%程度です。また、極めてまれにショック、アナフィラキシー様症状、ADEM(急性散在性脳脊髄炎)、脳炎、けいれん、急性血小板減少性紫斑病などの重大な副反応の発生も否定できません。

2 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、松戸市健康推進課へご相談ください。

3 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明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤その他、医師が不適合状態と判断した場合

【女性への注意事項】

妊娠している方又はその可能性がある方は、原則として接種することはできませんが、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となります。接種に当たっては、接種を受ける医師にご相談ください。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

これまで記載されている内容をよく読み、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、下記の保護者自署欄に署名し、予診票の保護者記入欄の自署欄にも署名し、「希望する」を○で囲んでください。

(署名・希望の有無の記入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、自署欄に記載する必要はありません。

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、子供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、本様式が松戸市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 _____

※本様式は、平成 17 年度から平成 21 年度までの間に接種の機会を逃した方(平成 7 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの方)が、20 歳になるまでの間に日本脳炎定期予防接種を受ける際に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同意書を提出してください。

同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

問い合わせ先：松戸市 健康福祉部 健康推進課
予防衛生班 366-7484 (直通)