

転入児(高校)の保護者の皆様へ

### 日本脳炎予防接種の実施について

平素は当町の保健事業にご理解ご協力いただきありがとうございます。

平成 17 年度から日本脳炎予防接種の積極的勧奨が差し控えられてきましたが、平成 22 年度より新しいワクチンの使用が認められました。平成 7 年 4 月 2 日以降に生まれた方を対象に未接種の回数分だけ定期接種が可能となっています。

接種を希望される方には過去の接種状況を確認後、予防接種を行いますので、下記の書類の提出をお願い致します。

#### 日本脳炎予防接種実施に当たり提出して頂くもの

① 日本脳炎実施状況確認票

- ・ 母子手帳の予防接種実施欄の写しを添付し、保護者確認欄に署名捺印して下さい。
- ・ 母子手帳がない場合は、市役所等接種の有無を確認して頂き、保護者確認欄に署名捺印して下さい。

② 予防接種同意書





本来予防接種は保護者同伴の上、接種することが原則ですが、やむをえない場合に限り、保護者の方に同意書を提出して頂き接種しています。

③ 問診票（保護者欄に署名をお願いします。）

④ 母子手帳（接種内容を記録します。ない場合は接種済み証を発行します。）

※①②③がないと接種できません。それぞれの用紙に署名が必要です。確認して下さい。

#### 日本脳炎予防接種の接種年齢（目安）と接種回数

3歳から4歳児	1期初回	1回目 	} 6～28日後 おおむね1年後
		2回目 	
4歳から5歳児	1期追加	3回目 	
9歳から10歳児	2期	4回目 	高校生は2期接種の未接種が多い年代です。

\* ご不明な点は、健康福祉課 保健師までご連絡ください。 TEL : 08514-2-1822

島根県隠岐郡海士町海士 1490 番地 海士町役場健康福祉課 担当：中川

## 日本脳炎予防接種実施状況 確認票

対象者氏名	
-------	--

	実施日	実施医療機関	備考(接種後副反応等あれば書いて下さい)
初回 1回目			
初回 2回目			
追加接種			
2期			

### 上記の内容の確認方法

1. 母子手帳で確認した。(予防接種欄写しを添付)
2. 市町村役場、保健所で確認した。
3. その他( )

上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

住所

保護者氏名

印

保護者様へ

## 日本脳炎予防接種を受けるにあたっての説明書・同意書

○平成7年4月2日以降に生まれた人が、13歳から20歳未満までの間に日本脳炎の2期の接種を受ける際に、保護者が同伴しない場合は、予診票及びこの同意書を提出する必要があります。

※お子様の予防接種にあたっては、保護者の同伴が必要でしたが、保護者がこの説明書の記載事項を承諾して接種を受けさせることを希望する場合、この同意書に保護者が署名することで、保護者の同伴がなくても接種を受けることができるようになりました。

※署名をする前に、接種に関する疑問等がありましたら、海士町役場健康福祉課（08514-2-1822）にご相談ください。

※同意書には保護者自身による署名が必要です。

※予診票の保護者自署欄も保護者自身による署名が必要です。

※接種当日には、この同意書・予診票・母子健康手帳をお子様を持たせてください。

### 1. 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。ヒトから直接で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。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ります。ヒトからヒトへの感染はありません。

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。飼育されているブタにおける日本脳炎の流行は毎年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。

感染者のうち100～1,000人に1人が脳炎を発症します。脳炎の他、髄膜炎や夏かぜ様の症状で終わる人もいます。脳炎に罹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。

### 2. 予防接種の効果と副反応について

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。予防接種を受けることにより、体内に免疫を獲得する効果があります。体内に免疫ができると、日本脳炎にかかることを防ぐことができます。

予防接種を受けた後、通常見られる反応として、発熱、接種局所の発赤・腫脹（はれ）、硬結（しこり）、発疹などが比較的高い頻度（数%から数十%）で認められます。通常、数日以内に自然に治るので心配はありません。

重い副反応として、接種局所のひどいはれ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、医師の診察を受けてください。ワクチンの種類によっては、極めてまれ（百万から数百万人に1人程度）に脳炎や神経障害などの重い副反応が生じることがあります。お子様の症状が予防接種後副反応報告基準に該当する場合は、医師から市へ報告が行われます。

### 3. 予防接種による健康被害救済制度について

- ①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。
- ②健康被害の程度などに応じて、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。
- ③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など）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律など、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は、診察した医師、海士町役場健康福祉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、かかりつけ医師に相談のうえ、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現在妊娠している場合は原則として接種不可（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可）
- ⑥前回受けた予防接種後、接種間隔があいていない場合
- ⑦その他、医師が不適当な状態と判断した場合

これまで記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえ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てください。

**※下記の同意書を記入し、予診票と一緒に医療機関へ提出してください。**

### 日本脳炎予防接種を受けるにあたっての同意書

日本脳炎の予防接種を受けるにあ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を希望します。

なお、本説明書は、保護者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うえ、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

緊急連絡先

[ 日本脳炎 ] 予防接種予診票 (保護者が同伴しない場合)



第1期 (1回目・2回目・追加)	第2期	診察前の体温	度	分
住 所				
受ける人の氏名	男 女	生 年 月 日	平成 年 月 日生	
保護者の氏名		(満 歳 カ月)		

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	はい	いいえ	
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1カ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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1カ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	
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	
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	はい	いいえ	
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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	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 ( )	ある	ない	
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カ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	
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 (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。	はい	いいえ	
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 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。 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。 医師署名又は記名押印			

あなたのお子さんの病歴・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 ) ※かつこの中のどちらかを○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: Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	皮下接種  0.5ml	実施場所 海士診療所 医師名  接種年月日 平成 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カ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。