

定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われ、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、法に基づく救済を受けることができません。

当日医療機関に持っていくもの（忘れた場合は接種できません）

- ① 年齢・住民票の住所を確認できるもの（マイナンバーカード等）
- ② 母子健康手帳又は予防接種済証
- ③ 同封の接種券・予診票

※予約が必要な場合があるので、事前に医療機関へ連絡して、接種日時を確認してください。

1 日本脳炎とは

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。豚の中で増えた日本脳炎ウイルスは、蚊を介して人へ感染し、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどの症状の急性脳炎を引き起こすことがあります。人から人への感染はありません。

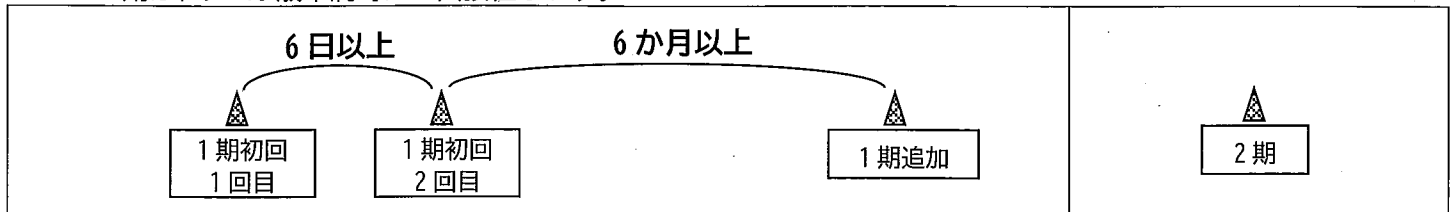
患者の発生は、西日本が中心ですが、ウイルスは日本全体に分布しています。感染者のうち、100～1,000人に1人が発病するとされています。また、発病者の死亡率は約20～40%で、回復しても半数程度の方は神経に後遺症が残ると言われています。ワクチンの接種により、日本脳炎を発症するリスクを75～95%減らすことができるとされています。

2 日本脳炎ワクチンについて

(1) 接種方法

1期は、生後6か月から90か月に至るまでの間に、初回接種として2回（6日以上の間隔をおいて）行い、追加接種として初回接種（2回目終了）後、6か月以上の間隔をおいて、1回行います。

2期は、9～13歳未満時に1回接種します。



区分	法律等で定められた 接種間隔と回数	法律等で定められている期間	標準的な接種時期 (望ましい時期)
1期	初回	生後6か月～90か月（7歳6か月）に至る まで（満90か月齢になる日の前日まで）	3歳
	追加		4歳
2期	1回	9～13歳未満 (13歳の誕生日の前日まで)	9歳

※1 標準的には、初回接種は6日から28日までの間隔をおいて、追加接種はおおむね1年（11～14か月未満）の間隔をおいて接種します。

(2) 副反応

全身症状として、発熱、咳、鼻水、発疹など、接種部位の局所症状としては、発赤、腫れ、痛み、かゆみなどが認められ、これらのほとんどは接種3日後までにみられたことが報告されています。

なお、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 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

「アナフィラキシー」とは、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。

発汗、急に顔が腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい全身反応のことです。

- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

4 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で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

定期の予防接種の期間を過ぎて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。その場合、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一（医療費・医療手当・葬祭料については同程度）となっています。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください。

5 予防接種を受けた後の注意

(1) 接種後 28 日は副反応に注意してください。

(2) 接種当日は、いつもどおりの生活で構いませんが、激しい運動は避けましょう。

(3) 接種当日の入浴は差し支えありません。

(4) 接種後、注射部位のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状がある場合、医師の診断を受けるとともに、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課までお知らせください。

【お問合せ先】

中保健センター	504-2528	東保健センター	568-7729	南保健センター	250-4108
西保健センター	294-6235	安佐南保健センター	831-4942	安佐北保健センター	819-0586
安芸保健センター	821-2809	佐伯保健センター	943-9731	健康福祉局健康推進課	504-2882

〔1期初回（1回目・2回目）、1期追加、2期〕←今回の接種に〇

事前に住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

接種歴	1期初回 1回目	令和・平成	年	月	日	予診年月日	令和	年	月	日
	1期初回 2回目	令和・平成	年	月	日	診察前 の体温	度 分			
	1期追加	令和・平成	年	月	日					
住所	広島市 区 番 号 電話：（ ） —									
(フリガナ) 受ける人 の氏名			男・ 女	生年 月日	平成 令和	年	月	日	保護者 の氏名	

次の質問事項に該当するものを〇で囲んでください。（ ）にはその内容を書いてください。

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説明書を読みましたか	はい	いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか。（広島市に住民登録をしていますか。）	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 乳幼児健診で異常があるとさ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言われましたか	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	はい	いいえ	

※ 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。

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。 ・ 接種を見合わせる理由（ ） 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

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（ 同意します ・ 同意しません ）※かつこの中のどちらかを〇で囲んでください。 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、本予診票が広島市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	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	皮下接種 0.25 / 0.5 ml	医 療 機 関 所 在 地
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・ 左足・その他()	医療機関名 医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。