

# 日本脳炎予防接種説明書（13歳以上の接種用）

※ 13歳以上の定期予防接種は、平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの方のみ行えます。

この予防接種は、20歳未満までに受けることになっています。いったん接種を開始した後に、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られません。

**○保護者の皆様へ：必ずお読みください。** 日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明及び注意事項（1～3ページ）、予診欄（4ページ）をよくお読みいただき、必要事項を記入した上で予防接種を受けるようにしてください。

**【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、お子様の予防接種には保護者の同伴が必要でしたが、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、保護者の方がこの予診票の説明及び注意事項を事前によくお読みいただいた上でお子様に予防接種を希望する場合、この予診票に保護者の方が自ら署名することで、保護者の方が同伴しなくても、お子様が予防接種を受けることが可能になりました。（接種当日はこの用紙にあらかじめ必要事項を記入のうえ、必ず持参してください。）  
**注）保護者が同伴されない場合、保護者自署欄（3ページ及び4ページ）に保護者の署名がないと、予防接種を受けることができないのでご注意ください。**  
 疑問等があれば、あらかじめ、お住まいの区の保健センターや広島市健康福祉局健康推進課、またはかかりつけ医に相談するなど、十分納得したうえで、接種を受けさせてください。

## 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いわれています。ワクチンの接種により、日本脳炎にかかるリスクを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

**平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの方について 【接種対象者の拡大】**

日本脳炎の予防接種後に重い病気になった事例があったことをきっかけに、平成17年度から平成21年度まで、日本脳炎の予防接種を積極的にお勧めしませんでした。

その後、新たなワクチンが開発され、上記期間に接種の機会を逃した方への接種の機会を確保するため、平成23年5月20日から、平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの方は、20歳未満までの間に全4回接種のうち残りの接種を定期の予防接種として無料で受けることができるようになりました。

※ 日本脳炎の定期予防接種は、1期（3回）と2期（1回）の計4回です。5回目以降の接種を希望する場合は、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、予防接種の費用は、全額個人負担（有料）となり、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られません。

	平成25年3月31日までの接種回数	残りの接種回数	接種方法
<b>1期分（全3回）</b>	0回	3回	<p>6日以上      6か月以上</p> <p>1回目      2回目      3回目</p>
	1回	2回	
	2回	1回	
			残りの接種方法について、医療機関に相談しましょう。

**2期分（1回）**  
 2期は、1期の接種が終了した、9歳～20歳未満の方は接種を受けることができます。1期の接種から5年の間隔をあけることが望ましいとされています。

※ 接種勧奨差し控えの影響で、1期接種の1回目と2回目の間隔が5年以上空いている場合があります。この場合は、2期分の接種は1期分の接種からおおむね1年の間隔をおいて接種することが望ましいとされています。

### (2) 副反応

全身症状として、発熱、せき、鼻みず、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。また、嘔吐、下痢が認められました。

なお、ショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難など）、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。

裏面もご覧ください。
令和4年4月改

### 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

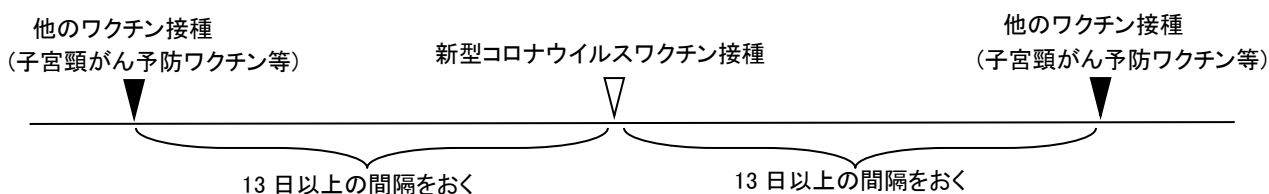
#### 【女性への注意事項】

妊娠している方又はその可能性がある方は、原則接種することができません。  
(予防接種の有益性が危険性を上回ると判断された場合のみ接種できます。)

### 4 新型コロナウイルスワクチンとの接種間隔について

新型コロナウイルスワクチンは、他のワクチンとの同時接種ができません。また、新型コロナウイルスワクチンの接種前後に他のワクチンを接種するには、13 日以上の間隔をおく必要があります。

#### イメージ図



### 5 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となりますが、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。

### 6 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。

#### 【お問い合わせ先】

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

○保護者の皆様へ：

当日の予防接種に保護者が同伴されない場合は、これまでの記載事項をよくお読みいただいた上で、お子様に接種するか決めてください。接種当日は、保護者が次の①、②に示す欄に記入し、接種をうける医療機関に必ず持参してください。

①（3 ページ） 保護者自署・住所・緊急の連絡先の記入欄

②（4 ページ） 予診票（接種当日、保護者が質問事項に記入）・接種に関する同意確認・保護者自署欄

保護者が同伴されない場合、保護者署名がないと予防接種が受けられません。

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した上で、本様式が広島市に提出されることに同意します。

保護者自署

令和 年 月 日

住 所

緊急の連絡先

- ※ 上記同意にかかる保護者自署欄は、13歳以上16歳未満の方を対象として実施する日本脳炎の予防接種において、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署名してください。あわせて予診欄（4 ページ）の内容をお読みいただいた上で、予防接種当日までに予診欄の質問事項等へ記入し、保護者自署欄に署名してください。予診欄に保護者の署名及び同意確認がないと予防接種は受けられません。

予診欄	予診年月日	令和	年	月	日	診察前の体温	度	分
住 所	広島市		区	番 号		電話：（ ） —		
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	か月)	

(※)接種を受ける方が満16歳以上の場合には、記載の必要はありません。

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及び注意事項を読み、理解しましたか	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	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があったといわれたことがありますか	あった  なかった	
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	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 種類（ ）	はい  いいえ	
新型コロナウイルスワクチンの接種予定はありますか（予定日： 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	
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	
女性の方へ 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	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。

該当する内容の□に✓した上で、かっこ内のどちらかを○で囲んでください。保護者自署欄は同伴の有無にかかわらず、署名が必要です。

- 予防接種当日、保護者が同伴される場合及び接種を受ける方が満16歳以上の場合  
**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か（ 同意します ・ 同意しません ）**
- 予防接種当日、保護者が同伴されない場合  
**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か（ 同意します ・ 同意しません ）**

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（接種を受ける方が満16歳以上の場合は本人）自署

医師記入欄	以上の間診及び診察の結果、今日の予防接種は（ <b>実施できる ・ 見合わせた方がよい</b> ）と判断します。 接種を受ける（ <b>保護者 ・ 本人(接種を受ける者が満16歳以上の場合)</b> ）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

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) 皮下接種	医療機関 所在地
Lot No.	0.5 mL	名 称
	接種部位	医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認	右腕・左腕・右足・ 左足・その他( )	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、診察後、医療に移行し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。