

日本脳炎予防接種予診票添付書類（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あたっての説明

■保護者の方へ： 必ず下記事項をお読みください。

裏面に同意書があります。記載もれのないようご注意ください。

これまでお子さん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した。が、13歳以上の方への日本脳炎予防接種については、保護者がこの記載事項を読み、理解してお子さん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さんは予防接種を受けることができます。

別紙予診票に署名するにあたって、接種を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の医師または保健センターにお問い合わせください。

1 日本脳炎の病気について

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトからヒトへの感染はなく、ブタなどの動物の体内でウイルスが増殖した後、そのブタを刺したコガタアカイエカ（蚊）などがヒトを刺すことによって感染します。症状が現れずに経過する場合はほとんどですが、症状がでる場合は6～16日間の潜伏期の後、高熱、頭痛、嘔吐などで発病し、引き続き急激に光への過敏症、意識障害、けいれんなどの脳の障害を生じます。大多数の人が無症状に終わりますが、脳炎を発症した場合、20～40%が死亡に至ると考えられます。

流行は西日本地域を中心に年間10人以下の発症とされています。

日本脳炎の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。

2 予防接種の副反応について

副反応の主なものは発熱、咳、鼻水、注射部位紅斑（赤み）、注射部位の腫脹（腫れ）などであり、これらの副反応のほとんどは接種後3日後までにみられたとされています。

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の発生も否定はできません。

※急性散在性脳脊髄炎（ADEM）について

一般にウイルス等の感染後あるいはワクチン接種後にきわめて稀に発生する脳神経系の病気です。ワクチン接種後の場合は、通常接種後数日から2週間程度で、発熱、頭痛、けいれん、運動障害などの症状があらわれます。ステロイド剤などの治療により多くの患者さんは後遺症を残すことなく回復しますが、運動障害や脳波異常などの神経系の後遺症が残る場合があるといわれています。

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、治療が終了するまた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だと認定された場合に補償を受けることができます。

4 接種にあたっての注意事項

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。お子さんの健康状態が良好でない場合は、かかりつけの医師に相談のうえ、接種をするか否かを決めてください。

また、お子さんが以下の状態に該当する場合は、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）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現在、妊娠している場合
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5 女性への注意事項

妊娠している方またはその可能性がある方は、予防接種不适当者として接種することができませんが、出産後または妊娠していないことが確認された後適切な時期に接種を受けてください。なお、接種後2ヶ月間は、妊娠を避ける必要があります。

日本脳炎予防接種予診票

※本枠の中を記入もれがないようにお願いします。

■保護者の方へ

保護者が同伴しないことから、保護者の同意(署名)が必要になります。

日本脳炎に関する説明書をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子さんに接種することを決めてください。

接種を希望する場合は、下記の「保護者氏名・緊急時の電話番号」をご記入ください。

(記入もれがあると予防接種は受けられません)

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、副反応発症の可能性および予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、子どもに予防接種させることに同意します。
 なお、事前にお読みいただく「日本脳炎の予防接種を受けるにあたっての説明書」は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的で作成されており、別紙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、本予診票がつくば市に提出されることに同意します。

保護者氏名 _____

緊急時の電話番号 _____

お子さんが医療機関へ受診する際は、日本脳炎予防接種予診票（記入済みのもの）もあわせて持参してください。