

日本脳炎ワクチンの接種について

日本脳炎の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【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の体内で増えたウイルスが蚊によって媒介されうつります。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呈する急性脳炎になります。

流行は西日本が中心ですが、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。この地域で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1,000～5,000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15%ですが、神経の後遺症を残す人が約50%います。

【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、日本脳炎ウイルスを殺し(不活化)、精製したものです。基礎免疫をつけるには一定の間隔で3回の接種が必要です。副反応は、過敏症状として発疹、蕁麻疹、紅斑(多形紅斑を含む)、そう痒など、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、嘔吐・嘔気など、局所反応として発赤、腫脹(はれ)、硬結(しこり)、疼痛などがあらわれることがあります。全身症状、局所症状は通常、2～3日中に消失します。

まれにショック・アナフィラキシー様症状、急性散在性脳脊髄炎、脳症、けいれん、特発性血小板減少性紫斑病の発生も報告されています。このような健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

【予防接種を受けることができない人】

- 1, 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
- 2, 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 3, 過去に日本脳炎ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4, その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- 1, 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2, 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3, カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4, 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5, 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6, 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7, 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- 8, 妊娠の可能性のある人

【予防接種を受けた後の注意】

- 1, 日本脳炎ワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2, 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこするようなことはやめましょう。
- 3, 接種当日はいつもの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4, 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

日本脳炎 予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

住 所		男・女	電話 () -	
ふりがな 受ける人の氏名			生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)
ふりがな 保護者の氏名			診察前の体温 度 分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受ける予防接種は何回目ですか	()回目		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
4. 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	
5. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
8. 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	
9. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名・症状 ()	はい	いいえ	
10. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
11. 1カ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、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	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
13. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いて下さい ()	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい			

15. 医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
 医師署名又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか
 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)
 保護者の署名(もしくは本人の署名) _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
日本脳炎ワクチン	皮下接種 mL	実施場所	雪月花メディカルクリニック 秋葉原診療所 年 月 日 時 分
メーカー名 Lot. No. カルテNo.		医師名 接種日時	