乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

日本脳炎ワクチンの免疫獲得率については、ワクチン接種を２回受けた人の80%以上の人が免疫を獲得できるといわれています。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況やその後の周りでの流行の程度によって異なります。

副反応としては、全身症状として、発疹、咳、嘔吐、下痢、鼻汁、発熱、頭痛、鼻出血、倦怠感など、また局所症状として紅斑、腫脹、疼痛、かゆみなどがみられることがありますが、通常、数日中に消失します。非常にまれですが、ショックやアナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から２週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、けいれん、血小板減少性紫斑病（接種後数日から３週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、脳炎・脳症がみられることがあります。

〈予防接種を受けるときの注意〉

①日本脳炎ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

〈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℃以上）
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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さん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、血液の病気などの基礎疾患がある人
②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
③カゼなどのひきはじめと思われる人
④前回の予防接種を受けたときに、２日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑧日本脳炎ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
⑨家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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ことはやめましょう。
④接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	〒940-0023　長岡市新町1－2－29　TEL：0258-32-4884 医療法人社団　太田クリニック 太田こどもクリニック　理事長：太田裕

5NW-314E-　2019年5月作成　（審）19Ⅳ160

任意接種用

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン予防接種 予診票

＊太枠内にご記入するか、〇で囲んでください。

診察前の体温	度　　分			
住所			TEL	（　　）　　－
フリガナ 受ける人の氏名	（　　）	男 女	生年月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日生 （　　歳　　ヵ月）
保護者の氏名				

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種は何回目ですか。　（今回：　　回目）　（前回接種日：　　年　　月　　日）			
今までに従来の日本脳炎ワクチンまたは乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを接種したことがありますか。	はい	いいえ	
今日受ける予防接種についての説明を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
【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ください。 （　　）	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。 （症状：　　）	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。　（病名：　　）	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。　（病名：　　）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。（病名：　　）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。　（いつ：　　） （予防接種名：　　）	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、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、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	
また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。（最後：　　年　　月頃）	はい	いいえ	
その時、熱はありましたか。	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。 （薬・食品の種類：　　）	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症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。 （予防接種名・症状：　　）	はい	いいえ	
【ご婦人の方に】　今、妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ	
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ご記入ください。（投薬状況など）			

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。

本人または保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印（　　）

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種を希望しますか。

（　**受けます**　・　**見合わせます**　）　　**保護者（もしくは本人）の署名**（　　）

使用ワクチン名	摂取量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
	皮下接種 □0.25ml：3歳未満 □ 0.5ml：3歳以上	〒940-0023　長岡市新町1－2－29　　TEL:：0258－32－4884 太田こどもクリニック 医療法人社団：太田クリニック　　理事長：太田裕 接種年月日：

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。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。