

# 日本脳炎 予防接種予診票

任意接種用

\*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

\*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

住 所		男 ・ 女	電話 ( ) —	
ふりがな 受ける人の氏名			生年 明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
保護者の氏名		月日	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. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 ( ) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 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	
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 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	
10. 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	
11. 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	
12. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、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	
13. (女性の方に) 現在、妊娠していますか	は い    いいえ	
14. (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	
15. 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		

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 )  
 本人(もしくは保護者)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、説明した。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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 )

本人(もしくは保護者)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			
エンセバック皮下注用(乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)	皮下接種	実施場所	生 生 医 院		
メーカー名	mL	医師名			
Lot No.		接種日時	年 月 日 時 分		
カルテNo.					

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。

# 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によっておこる疾患で、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、そのブタを刺した蚊（コガタアカイエカ）がヒトを刺すことによって感染します。

感染しても発病するのは100～1,000人に1人といわれていますが、症状が出る場合には、6～16日間の潜伏期間の後に、数日間の高熱、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、けいれん等の症状があらわれます。脳炎を発症した場合、20～40%が死亡に至る病気といわれています。

日本脳炎の発生状況は地域によって大きく異なっており、多くは九州・沖縄地方及び中国・四国地方で発生しています。また、近年は高齢者を中心に患者が発生しています。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。

## 【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、Vero細胞という培養細胞でウイルスを培養し、精製後に不活化したワクチンです。副反応は、注射部位の紅斑、腫脹（はれ）、内出血、硬結（しこり）、疼痛、そう痒症、しびれ感、熱感などがみられることがあります。全身症状としては、発疹、紅斑、かゆみ、じんましん、頭痛、気分変化、失神・血管迷走神経反応、感覚鈍麻、末梢性ニューロパシー、咳嗽（せき）、鼻漏（はなみず）、発声障害、鼻出血、鼻閉、咽喉頭疼痛、くしゃみ、喘鳴、咽頭紅斑、腹痛、下痢、嘔吐、食欲不振、嘔気、発熱、異常感、倦怠感、悪寒、関節痛、リンパ節腫脹、脱力感などがみられることがあります。通常、数日中に消失します。

また、まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）、急性散在性脳脊髄炎、脳炎・脳症、けいれん、血小板減少性紫斑病が起こる可能性があります。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、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. かぜ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日以内に発熱のみられた人及び発疹、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. 妊婦又は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. 接種部位は清潔に保ちましょう。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. 接種当日はいつも通り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下さい。

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	〒133-0057 東京都江戸川区西小岩5丁目10番22号 医療法人社団 生生会 生生 生 院 TEL 03-3657-6151