

(措置対象者)2007年4月2日〜2009年10月1日生まれの方は9歳以上13歳未満、1995年4月2日〜2007年4月1日生まれの方は20歳未満が接種可能年齢です。

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

接種回数	←1期初回1回目は1、1期初回2回目は2、追加接種は3、2期は4を記入してください。													
住所	千葉市 区					電話	— —							
予防接種番号						※医療機関記載欄 実施日								
フリガナ						性別	西暦	20	年		月		日	
氏名						保護者氏名								
生年月日	西暦 年 月 日					子の満年齢 歳 か月								
(↑予防接種番号シールをはってください)										診察前の体温		度		分

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、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 出生体重()g 分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	ある	ない	
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か月以内に病気にかかりましたか。病名(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、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(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。日付:種類(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(投薬など)を受けていますか。病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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	
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()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
6か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	
生理のある方で、現在妊娠している可能性はありますか。 ※妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい	いいえ	

メーカー名						実施医療機関名					コード				
Lot.No.															
有効期限	西暦 年 月 日														
接種の適否	接種量					接種医師名(接種否の場合は判定医師)					コード				
1. 適	1 0.5ml					皮下接種									
2. 否															

※裏面に署名欄があります。

(注)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9〜6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

日本脳炎予防接種 措置 (医療機関控用)

接種回数 (1期初回 (1回目・2回目) 追加接種 2期)

1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日

2 住所 千葉市 区

3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.

日本脳炎予防接種 措置 (被接種者控用)

接種回数 (1期初回 (1回目・2回目) 追加接種 2期)

1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日

2 住所 千葉市 区

3 医療機関名

4 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.

医師の記入欄

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合または13歳以上で保護者が同伴しない場合は本人)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

(以下の欄は、内容をよく読んで、保護者をご記入ください。)

○13歳未満の方については、保護者の同伴が必要です。(13歳未満で保護者以外が同伴する場合は委任状が必要です。)

○保護者(または代理者)が同伴する場合、もしくは受ける人が既婚者の場合

保護者(または代理者、もしくは接種を受ける人が既婚者の場合は本人)の記入欄

(※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、接種することに (同意します ・ 同意しません)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。

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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。

保護者(または代理者、もしくは接種を受ける人が既婚者の場合は本人)自署

○受ける人が13歳以上で保護者が同伴しない場合

保護者記入欄兼同意書

日本脳炎の予防接種(措置接種)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、重篤な副反応発症の可能性及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、接種することに (同意します ・ 同意しません)。

※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。

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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

○本様式は、13歳以上の方が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なものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書を提出してください。

1 予防接種の効果と副反応について

体内に免疫ができると、日本脳炎の感染の予防・症状の緩和をすることができます。

1期として初回2回(6～28日までの間隔をおいて)、追加接種は1回(初回接種2回終了後、概ね1年後)接種するのが望ましいと言われています。1期3回終了後、2期として追加接種を1回します。

主な副反応として、接種後3日以内に発熱が18.7%みられ、咳11.4%、鼻水9.8%、接種局所の発赤、腫れは8.9%見られます。

2 予防接種による健康被害救済制度について

予防接種を受けた後、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、かかりつけ医の診察を受け、感染症対策課までご連絡ください。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健康被害救済制度が受けられる場合があります。