

※9歳の誕生日をむかえてから接種してください。

03 日本脳炎 予防接種予診票:第2期(9歳以上13歳未満) 千葉市 02 日脳2

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

|                                       |          |        |               |
|---------------------------------------|----------|--------|---------------|
| 住所                                    | 千葉市 区    | 電話     | — —           |
| 予防接種番号                                |          | 実施日    | ※医療機関記載欄      |
| 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 ※9歳以上が対象 |
| (↑予防接種番号シールをはってください。印字されている場合は貼付不要です) |          | 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。   | はい いいえ   |       |
| 具体的な症状を書いてください。( )  |          |       |
| 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。  | ある ない    |       |
| 予防接種名( )  |          |       |
| 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   |       |
| 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<br>2. 否 | 1 0.5ml 皮下接種 |                    |     |

医師の記入欄  
保護者に対して、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

保護者(または代理人)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(または代理人)自署

(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3~6か月以内に受けた方は、麻しん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 第2期 (医療機関控用)

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 第2期 (保護者控用)

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.

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

## 日本脳炎

### 【病気の説明】

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コガタアカイエカによって媒介され感染します。潜伏期は7～10日で、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害及びけいれんなどの症状を示す急性脳炎です。死亡率や後遺症を残す率が高く、また神経学的後遺症を残す人も多くいます。

### 【副反応】

接種後3日以内に発熱がみられ、咳漱、鼻漏、接種部位の発赤・腫れなどが見られます。

### 【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)をしているお子さん。
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなお子さん。
- ③その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがあるお子さん。
- ④その他、かかりつけ医が不適當な状態と判断した場合。

### 【予防接種を受ける際に注意を必要とするお子さん】

- ①心臓病・腎臓病・血液の病気や発育障害で治療を受けているお子さん。
- ②予防接種で2日後以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーと思われる症状がみられたお子さん。
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがあるお子さん。
- ④過去に免疫不全の診断がなされているお子さん及び近親者に先天性免疫不全症の方がいるお子さん。
- ⑤ワクチンにはその製造過程における培養に使う卵の成分、抗生物質、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことがあるお子さん。
- ⑥家族の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう)などの病気が流行している時で、予防接種を受ける本人が病気にかかっていないお子さん。

### 【予防接種を受けたあとの一般的な注意点】

- ①予防接種を受けたあと30分間は、医療機関でお子さんの様子を観察するか、かかりつけ医とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。急な副反応がこの間に起こることがあります。
- ②不活化ワクチンでは1週間は副反応出現に注意しましょう。
- ③接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ④接種当日は、激しい運動は避けましょう。
- ⑤接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかにかかりつけ医の診察を受けましょう。

---

### 【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、医療政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。