

【日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明及び保護者同意書】

予防接種を受けるに当たっての説明(必ずお読みください。)**1. 日本脳炎の症状について**

日本脳炎は、人から人へ感染することではなく、ブタなどの動物の体内で増殖された日本脳炎ウイルスが、そのブタを刺した蚊(主に日没後に活動が活発になる、コガタアカイエカなどの蚊)を媒介として、人に感染する病気です。ほとんどの人は感染しても気づかない程度で済みますが、6～16 日の潜伏期間の後、ごくまれに発病します。発病率は100～1000 人に 1 人程度と考えられています。症状が出る場合には、数日間の発熱や嘔吐、頭痛などを発病し、引き続き急激に、光への過敏症、意識障害、けいれんなどの脳の障害を生じます。発病すると死亡したり後遺症が残ることもあります。

2. 予防接種の効果と副反応について

予防接種を受けた方のうち、約 80%が免疫を獲得すると推定されています。体内に免疫ができると、日本脳炎にかかることを防ぐことができます。ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めてまれですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

《主な副反応》

主な副反応は、発熱(接種した者のうち約 20%程度)や咳、鼻水、注射部位の赤みです。これらの症状は接種後 3 日の間に多くみられ、いずれも一過性で通常数日中に消失します。重い副反応としては、ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、急性血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、脳症及びけいれん等が発症する可能性があります。

3. 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師・市町村へご相談ください。

4. 予防接種を受けることができない場合について

次の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱(通常 37.5℃以上)がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ 受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ 現在、妊娠している又は、妊娠している可能性がある場合
- ⑥ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5. 予防接種を受ける際に注意を要する場合について

次に該当する方は、前もってかかりつけ医に接種について相談しましょう。

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育障害などで治療を受けている方
- ② 予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられたお子様及び発しん、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられた方
- ③ 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方

- ④ 過去に免疫不全の診断がなされているお子様及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- ⑤ ワクチンには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り、これらにアレルギー反応があるとされたことのある方

6. 注意事項

妊娠している者またはその可能性がある者は、予防接種不適合者として接種をしないことが原則です。(ただし、予防接種上の有益性が危険性を上回ると判断される場合は接種できます) 出産後または妊娠していないことが確認された後に接種を受けてください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得した上でお子さんに接種することを決めてください。

保護者非同伴での接種に係る保護者の同意

お子さんの予防接種には保護者の同伴が必要ですが、13歳以上の方のみ、保護者が予診票の記載事項を読み、理解・納得したうえで予防接種を希望する場合に、保護者の同伴なしで接種を受けることができます。保護者非同伴での接種にあたっては、疑問等があればあらかじめ、かかりつけ医に確認し、十分納得したうえでお子さんに接種させることを決め、あらかじめ予診票「保護者自署」欄に署名をしてください。

あわせて、下記同意書に保護者が署名(自署)のうえ、医療機関に提出させてください。この同意書の提出がない場合、予防接種を受けることはできません。

保護者自署済みの予診票と同意書、計2枚を医療機関へ持参してください。

同意書

私は、「日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明」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救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本同意書は、保護者に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が朝倉市に提出されることに同意します。

被接種者(お子さん)

氏 名 _____

被接種者(お子さん)

生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者住所 _____

保護者氏名 _____

緊急時連絡先(電話番号) _____