

日本脳炎予防接種説明書(接種日に13歳以上で保護者が同伴しない場合)

○保護者の方へ：必ずお読みください。

【日本脳炎予防接種の対象となっている13歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ】

お子様が予防接種を受けるときは、原則として保護者の同伴が必要です。

しかし、保護者がこの説明書等を書いてある内容を理解し、納得した上で接種することを希望する場合、保護者が同伴しなくてもお子様が予防接種を受けることができます。この場合、この説明書等に保護者自ら署名する必要があります。(当日はこの用紙を必ず持参してください)

この説明書等に署名するに当たり疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や伊勢原市役所健康づくり課に確認し、十分に納得した上で、接種させることを決めてください。

1 日本脳炎の症状について

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトからヒトへ感染することはなく、ブタ等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等がヒトを刺すことによって感染します。7～10日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれん等の症状を示す急性脳炎になります。

感染者のうち100～1,000人に1人が脳炎を発症します。脳炎のほか髄膜炎や夏かぜ様の症状で終わる人もいます。脳炎にかかった時の死亡率は約20～40%ですが、神経の後遺症を残す人が多くいます。

2 予防接種の効果と副反応について

主な副反応としては、発熱、せき、鼻水、紅斑があります。まれに重篤な副反応としてショック、アナフィラキシー様症状、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳症、けいれん、急性血小板減少性紫斑病等が起こる場合があります。

※ アナフィラキシー様症状とは、通常接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が腫れる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続きショック状態になるようなはげしい全身反応のことです。

※ 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)とは、ウイルス等の感染後あるいはワクチン接種後に、まれに発生する脳神経系の病気です。ワクチン接種後の場合は、通常接種後数日から2週間程度で発熱、頭痛、けいれん、運動障害等の症状があらわれます。

3 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等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。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)によるものなのかの因果関係を予防接種、感染症医療、法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

なお、定期の予防接種年齢を過ぎて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種(任意接種)として取り扱われます。その接種で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、予防接種法と比べて救済の対象、額等が異なります。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、伊勢原市役所健康づくり課へご相談ください。

裏面あり

4 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（通常、体温が 37.5℃以上をいいます）
- ②重篤な急性疾患にかかっている人
- ③日本脳炎ワクチン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人
- ④その他医師が接種不適當な状態と判断した場合

※ 予防接種は、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談して決めてください。

5 女性への注意事項

妊娠中または妊娠している可能性のある人には原則接種を行いません。予防接種の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ接種できます。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

これまで記載されている内容をよく読み、十分に理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定したら、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がないと予防接種は受けられません）

日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果及び副反応並びに健康被害救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の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、本様式が伊勢原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、日本脳炎予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。
- ※ お子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ずこの説明書と予診票の両方を医療機関に提出させるようにしてください。
- ※ 予診票にも保護者署名が必要です。

お問い合わせ先

伊勢原市 保健福祉部 健康づくり課
〒259-1188 伊勢原市田中 348 番地
電話 0463-94-4609