

日本脳炎予防接種を受けるに当たっての同意書（説明書）

（13歳以上16歳未満対象：保護者が同伴しない対象者用）

※被接種者が満16歳以上の場合、保護者の同意は不要です。

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている13歳以上16歳未満お子さんをお持ちの保護者の方へ】

原則、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16歳未満の方への日本脳炎予防接種については、保護者が以下の記載事項を読み、理解し、納得してお子さんに予防接種を受けさせることを希望する場合には、予診票及びこの同意書に自ら署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子さんは予防接種を受けることができます。（当日はこの用紙を持参させてください。）予診票及び同意書に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や磐田市こども未来課（TEL:0538-37-2012）に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

（当日は、同意書及び予診票を必ず持参してください。）

1 日本脳炎の症状について

日本脳炎は、ウイルスを持つ蚊がヒトを刺すことによって感染します。症状が現れずに経過する（不顕性感染）場合がほとんど（過去には、100人から1000人の感染者の中で1人が発病すると報告されています）ですが、症状がでる場合には、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（意識がなくなること）、けいれん等の中枢神経系障害（脳の障害）を生じます。

大多数の方は無症状に終わりますが、**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。

なお、さらに詳しい情報は、国立感染症研究所感染症情報センターのホームページをご覧ください。

この情報に関する国立感染症研究所感染症情報センターのホームページアドレスは

（<http://idsc.nih.go.jp/disease/JEncephalitis/index.html>）です。

2 予防接種の効果と副反応について

予防接種を受けたお子様のうち、99%以上（初回2回接種後）が免疫を獲得することができます。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、極めて稀ですが、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。

○日本脳炎ワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱（接種した者のうち18.7%程度）や、咳嗽（同11.4%程度）、鼻漏（同9.8%程度）、注射部位紅斑（8.9%程度）です。これらの症状は接種3日後までに多くみられます。接種直後から翌日に過敏症状と考えられる発熱、発しん、搔痒（かゆみ）などがみられることがあります。これらの症状は通常1～3日でおさまります。

稀に生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難など）、急性散在性脳脊髄炎（発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等）、けいれん等が報告されています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

ワクチンによって健康被害が起こってしまった場合、厚生労働大臣（国）が予防接種法に基づく定期の予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済制度の給付の適用となります。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ら、生活に支障がでるような障がい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給付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がい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。

給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、磐田市こども未来課へご相談ください。

必ず裏面もご確認ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子さん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の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子さんが以下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℃以上をいいます）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、妊娠している場合
- ⑥その他、医師が不適当な状態と判断した場合

【女性への注意事項】

妊娠している者又はその可能性がある者は、予防接種不相当者として接種することができません。出産後又は妊娠していないことが確認された後適当な時期に接種を受けてください。

接種に当たっては、接種を受ける医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に御相談ください。
なお、**接種後2か月間は、妊娠を避ける必要があります。**

同意書

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明をよく読み、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、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方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うえ、本様式が磐田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 _____

※緊急の連絡先は、予防接種の実施前後の連絡が必要な場合を考慮しています。連絡が取れる自宅・携帯電話等をご記入ください。

○接種の際は、同意書（この様式）と予診票の保護者自署欄の2か所に保護者署名のうえ、医療機関へ提出してください。