

日本脳炎ワクチン予防接種の接種を受けられる方へ

接種を受ける時の注意

- ① 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう
- ② 受ける前日は入浴(又はシャワー)をして、体を清潔にしましょう
- ③ 当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところのないことを確認して下さい
- ④ 清潔な着衣をつけましょう
- ⑤ 予診票は接種して下さるお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
- ⑥ 接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳があれば持っていきましょう

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(37.5℃を超える人)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 従来の日本脳炎ワクチンまたは乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与をうけてアナフィラキシーを起こした人は、お医者さんに接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いで下さい
- ④ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

- ① 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ② 発育が悪くお医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ③ 未熟児で生まれて発育の悪い人
- ④ カゼなどのひきはじめと思われる人
- ⑤ 前に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを思わす異常がみられた人
- ⑥ 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑦ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑧ 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことがある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人
- ⑩ 気管支喘息のある人

予防接種を受けた後の注意

- ① 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを受けたあと 30 分間は、病院にいるなどして様子を観察し、お医者さんとすぐに連絡をとれるようにしておきましょう
- ② 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン接種後、24 時間は副反応の出現に注意しましょう
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動はさけましょう
- ⑤ 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けて下さい

| あなたの接種予定日 | 医療機関名 |
|---------------------------------|-------|
| 月 日() 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい | |

日本脳炎 予防接種予診票

任意接種用

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

| | | | | | |
|-----------------|--|-------------|--------|----------------------|--------|
| 住 所 | | 男 ・ 女 | 電話 () | — | |
| ふりがな 受ける人の氏名 | | | 生年 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 |
| ふりがな 保護者の氏名 | | | 月日 | | (満 歳) |
| | | | 診察前の体温 | 度 分 | |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 1. 今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか | いいえ | はい | |
| 2. 今日受ける予防接種は何回目ですか | () | 回目 | |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい () | はい | いいえ | |
| 4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 () | はい | いいえ | |
| 5. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、 免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわ れましたか | はい | いいえ | |
| 6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか | はい | いいえ | |
| 7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか（最後は 年 月頃） そのときに熱がでましたか | はい | いいえ | |
| 8. 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 | |
| 9. 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・症状 () | はい | いいえ | |
| 10. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () | はい | いいえ | |
| 11. 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名 () | はい | いいえ | |
| 12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか | はい | いいえ | |
| 13. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いて下さい () | はい | いいえ | |
| 14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい | | | |

15. 医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

本人(もしくは保護者)の署名

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 | |
|----------------------------|-----------|---------------|---------------|
| エンセバック皮下注用(乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン) | 皮下接種 | 実施場所 | 内科クリニック サンエール |
| メーカー名 | 0.5 mL | 医師名 | 藪 毅峰 |
| Lot No. | | 接種日時 | 年 月 日 時 分 |
| カルテNo. | | | |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用致します。