

# 日本脳炎予防接種

## 日本脳炎とは…有効な治療がない病気です。

日本脳炎ウイルスの感染によって起こる中枢神経（脳や脊髄）の疾患です。日本脳炎ウイルスに感染しているブタ刺した蚊(主にコガタアカイエカ)がウイルスを運び、人を刺して感染させます。ヒトからヒトへの感染はありません。

## 日本脳炎の発生動向は…

ブタの日本脳炎ウイルス感染状況は、西日本を中心に陽性率が高く、ブタも蚊も多い沖縄は、特に日本脳炎に感染するリスクが高い地域と言えます。

## 日本脳炎の症状とは…

感染しても発症しなかったり(不顕性感染)、症状が軽い場合もありますが、高熱や嘔吐、意識障害やけいれんなどの症状が起き、感染者のうち100～1,000人に1人が脳炎を発症します。

脳炎にかかった時の死亡率は約20～40%であり、幼児と高齢者で高くなっています。

脳炎には有効な治療方法がありません。一度脳炎になってしまうとかなりの割合で麻痺などの重い後遺症が残ってしまうため、ワクチンによる予防が第一です。

※以前、ワクチンによる重症な副反応の事例があり、積極的な勧奨が差し控えられていましたが、新しくワクチンが開発されH22年度より積極的勧奨が再開されています。

★接種の際には親子健康手帳・予診票をお持ち下さい。(※保険証がなくても接種可能です。)

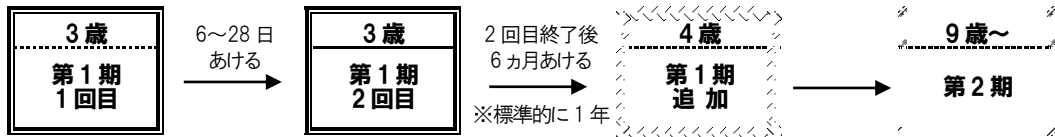
## 《 対象年齢と接種回数 》

### 【接種期間】

- 第1期 3～7歳半未満 ⇒ 3回 (法定対象年齢 6ヵ月～7歳半に至るまで)
- 第2期 9～12歳 ⇒ 1回 (13歳の誕生日の前日までに接種しましょう)

### 【標準的な接種期間】

- 1期初回接種 : 6日から28日までの間隔をおいて2回
- 1期追加接種 : 1期初回接種(2回)終了後 1年の間隔をおいて1回
- 2期 : 9歳以上で1回



## 【日本脳炎の特例対象者について】

接種勧奨の差し控えによって接種機会を逃した(1)の方には接種の機会があります

### (1) 平成19年4月1日以前に生まれた20歳未満の方

- 特例対象者として、20歳未満の間で、1期・2期の未接種(残り回数)分を定期予防接種として接種できます。
- ※平成23年5月20日から、平成17年～平成21年の間に日本脳炎の予防接種の機会を逸した方々への接種時期が緩和されました。

～接種スケジュールについては、親子健康手帳をご確認の上、接種医とご相談ください～

## ☆ 副反応について ☆

主なものは、発熱、せき、鼻水、注射部位の発赤や腫れ、発疹などで、これらの副反応のほとんどは接種3日後までにみられています。また、極めてまれに、アナフィラキシー様症状や急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳炎、けいれん、神経障害などの重大な副反応がみられることがあります。

予防接種を受けた後、注射部位のひどい腫れ、高熱、けいれんなどの症状がみられたら、医師の診察を受けましょう。予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法による救済措置が受けられます。

お問い合わせ先 : うるま市役所 子育て世代包括支援センター保健予防係 ☎ 098-989-0220

接種年月日			
電話番号			
接種する方の氏名		性別	男・女
接種する方の生年月日	平成・令和 ( 歳 年月日 )	体温	度 分

## 日本脳炎予防接種予診票

## 回目

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うるま市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( )g 分娩時に異常がありましたか。 出生時に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体の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ください ( )	はい	いいえ	
4	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
6	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
7	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を受けていますか。病名 ( ) 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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
9	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	
10	近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
11	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。 予防接種の種類 ( )	ある	ない	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
13	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
14	13歳以上の女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい	いいえ	
15	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
16	今までに受けた日本脳炎予防接種の履歴を記入してください。 1回目:平成・令和 年 月 日   2回目:平成・令和 年 月 日   3回目:平成・令和 年 月 日			

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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応について説明しました。 医師署名

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。  
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、本予診票がうるま市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	接種医師及び接種医療機関
ワクチン名 Lot No. (注)期限が切れていないか要確認	(3歳以上) 0.5ml (3歳未満) 0.25ml 接種部位(右・左)	

(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ヶ月以内に受けた方は、予防接種の予防効果が十分に出ないことがあります。  
\*予診票に記入し、親子(母子)健康手帳を持参のうえ医療機関にて接種してください。定期予防接種範囲内の料金は無料です。  
\*市外から転入して既に接種された方、あるいは接種の必要のない方は、子育て世代包括支援センターまでご連絡ください。