

小学3・4年生の保護者の方へ



予防接種のお知らせ

日本脳炎 2期

【対象年齢の人は無料】

福岡市では、幼児期に受けた日本脳炎の予防接種の追加免疫として、日本脳炎2期の予防接種を実施しています。予防接種は、感染症が流行するのを防いだり、病気にかからないように、あるいは、かかっても重くならないようにするためのものです。忘れずに受けましょう。

※このお知らせは、小学校3・4年生全員の保護者の方にお配りしております。母子健康手帳を確認し、日本脳炎予防接種の接種回数に不足がある場合は、忘れずに受けましょう。

※すでに合計4回の接種がお済みの場合は、接種不要です。

体調の良い日に受けましょう！

予防接種の受け方

種類	対象年齢	接種回数
日本脳炎 2期	9歳～12歳 (13歳の誕生日の前日まで) (標準的な接種年齢: 9歳)	1回

- 福岡市指定の予防接種実施医療機関において、原則として毎週月曜日～金曜日に実施しています。 ※必ず、事前に医療機関へお問い合わせください。
- 母子健康手帳と予診票を持参のうえ、保護者同伴で受けてください。
- 当日は、各家庭で出かける前に体温を測ってから医療機関に行きましょう。

★ 予防接種を受けることができないお子さん

- 明らかに発熱をしているお子さん(通常37.5℃以上の場合)
- 重い急性疾患にかかっていることが明らかなお子さん
- 日本脳炎ワクチンの接種液に含まれる成分で、アナフィラキシー(通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のこと)を起こしたことがあることが明らかなお子さん
- 日本脳炎に現在かかっているお子さん
- その他、医師が不適当な状態と判断した場合

→ 詳しくは福岡市のホームページをご覧ください。

福岡市 子どもの予防接種

検索

◆日本脳炎とは

日本脳炎ウイルスの感染でおこります。ヒトからヒトへ感染することではなく、ブタなどの体内で増えたウイルスが蚊によって媒介され感染します。感染者のうち 100 人～1,000 人に1人が脳炎を発症します。7～10 日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどをおこす急性脳炎になります。脳炎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。流行は西日本地域が中心ですが、ウイルスは北海道など一部を除く日本全体に分布しています。

◆日本脳炎ワクチンの副反応

使用成績調査において、生後6月以上90月未満の小児3,232例中971例(30.0%)に副反応が認められ、その主なものとして、注射部位紅斑 565例(17.5%)、発熱 198例(6.1%)、注射部位膨脹 173例(5.4%)、注射部位疼痛 149例(4.6%)、注射部位そう痒感 123例(3.8%)、咳嗽 53例(1.6%)、鼻漏 41例(1.3%)とされています。

重大な副反応として、ショック、アナフィラキシー様症状(0.1%未満)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(0.1%未満)、けいれん(頻度不明)、血小板減少性紫斑病(頻度不明)、脳炎・脳症(頻度不明)などが発生しています。

お問い合わせは各区保健福祉センター(保健所)健康課へ

問い合わせ先	TEL	FAX	問い合わせ先	TEL	FAX
東区保健福祉センター	645-1078	651-3844	城南区保健福祉センター	831-4261	822-5844
博多区保健福祉センター	419-1091	441-0057	早良区保健福祉センター	851-6012	822-5733
中央区保健福祉センター	761-7340	734-1690	西区保健福祉センター	895-7073	891-9894
南区保健福祉センター	559-5116	541-9914			

※福岡市外にお住まいの方は、予防接種の受け方が異なりますので、お住まいの市町村へお問い合わせください。

日本脳炎予防接種予診票

第1期初回(1回目 ・ 2回目) ・ 第1期追加 ・ 第2期

住 所	福岡市 区		
ふりがな 受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名	電話番号 ()	女	年 月 日生 (満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
	度 分		
①診 察 前 の 体 温			
②今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 ・未熟児(出生体重: g)で生まれたり、分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか。(乳幼児健診も含めて)	ある	ない	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他)	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他)	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や遊び仲間に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他)	はい	いいえ	
⑦1か月以内に(BCG、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他) 1週間以内に(ヒブ、肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他) の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
⑧生まれてから今までに特別な病気(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たことがありますか。	はい	いいえ	
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について相談しましたか。	いいえ	はい	
・その結果、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
⑨ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
・その時に熱が出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑩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。 (卵、薬、その他)	はい	いいえ	
⑪近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。病名()	はい	いいえ	
⑫これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名() 症状(熱、嘔吐、発しん、注射部位のはれ、その他)	はい	いいえ	
⑬近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。その内容()	はい	いいえ	

[医師記入欄] 診察所見 咽頭(異常なし口,) 胸部(異常なし口,) その他()
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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師の署名又は記名押印 _____

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します ・ 同意しません) ※かっこ内のどちらかを○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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者の自署 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名	(皮下接種)	医療機関名		
Lot No.	3歳以上 0.5 mL	医 師 名		
(注)有効期限がきれていないか要確認	3歳未満 0.25mL	接種年月日	令和 年 月 日	