

日本脳炎予防接種のお知らせ

該当者氏名			
生年月日			
年 齢	歳	月	性別
実施場所			
整理番号		回数	

様

日本脳炎予防接種通知書

予防接種に関する一般的注意

◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は、お子さんの体調のよい時に受けるものです。お子さんの健康状態には充分気をつけましょう。何か心配のあるときは、かかりつけの医師にご相談下さい。
2. 予診票は、お子さんの健康状態に詳しい保護者が記入し、親子（母子）健康手帳と一緒に持参して下さい。また、お子さんの健康状態をよく知っている保護者がつれて行きましょう。
3. 受ける前日は入浴させ、体を清潔にしましょう。
4. 受ける予防接種についての必要性や副反応についてよく理解しておきましょう。
5. 麻しんにかかった場合は治癒後4週間程度、その他（風しん、水ぼうそう及びおたふくかぜ等）の疾患にかかった場合は治癒後2～4週間程度の間隔をおいて接種となります。しかし、いずれの場合も一般状態を主治医が判断し、接種間隔を決定する必要があるため、かかりつけ医にご相談ください。

◎予防接種を受けた後の注意

1. 接種後は、接種部位を清潔に保ちましょう。
2. 当日は、はげしい運動は避けましょう。
3. 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

◎予防接種を受けることができない子

1. 明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）をしているお子さん。
2. 重い急性疾患にかかっていることが、明らかなお子さん。
3. 日本脳炎予防接種の接種液に含まれる成分でアナフィラキシー（強いアレルギー）を起こしたことがあきらかなお子さん。
4. その他、医師が不適当な状態と判断したお子さん。

※ 他市町村で定期予防接種を受けた方、履歴状況調査票を提出していない方は、予防接種担当に連絡して下さい。

浦添市保健相談センター 予防係 TEL：875-2100

日本脳炎予防接種予診票

診察前の体温 度 分

回数	今日受ける日本脳炎ワクチンは何回目ですか。(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目)				
住所	浦添市		電話番号		
(フリガナ)接種を受ける人の氏名	()	男・女	日本脳炎ワクチン接種歴	1回目 (平成 年 月 日)	
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 カ月)		※過去に日本脳炎ワクチンを接種したことがある方は、接種日を記入してください。	2回目 (平成 年 月 日)	
保護者氏名				3回目 (平成 年 月 日)	

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市町村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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわ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	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	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	1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、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	
6	1カ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よいといわれましたか	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 カ月頃) そのとき熱が出ましたか	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	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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はありますか 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はいますか	はい	いいえ	
13	6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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	はい	いいえ	

医師記入欄

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・目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名又は記名押印 _____

保護者の記入欄

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及び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) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村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・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入下さい。)
ワクチン名	皮下接種： 3歳未満 0.25 ml 3歳以上 0.5 ml	実施場所：
Lot No.	接種部位： (右腕 ・ 左腕)	医師名：
(注)有効期限が切れていないか要確認	その他 ()	接種(予診)年月日： 令和 年 月 日