

日本脳炎(Jenvac)ワクチン問診票

任意接種用

住所	〒	電話	- -	
(ふりがな) 受ける人の氏名		生年月日	年 月 日	男・女
【未成年の場合】 保護者の氏名			(満 歳 カ月)	女
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、説明文を読み理解しましたか。	はい・いいえ	
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。 具体的な症状を書いてください()	はい・いいえ	
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 ○病名()	はい・いいえ	
5. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい・いいえ	
※「はい」と答えた方のみ →その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けていいと言われましたか。	はい・いいえ	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいらっしゃいますか。	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。()歳頃	はい・いいえ	
※「はい」と答えた方のみ →そのとき、熱は出ていましたか。	はい・いいえ	
8. 薬や食品で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	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はありますか。 ○予防接種名()	はい・いいえ	
10. 1ヶ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ヶ月以内に周囲で麻疹、風疹、水疱瘡、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか。 ○病名()	はい・いいえ	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	はい・いいえ	
13. (接種を受けるのがお子さんの場合) 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ください()	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	

医師の記入欄

医師署名

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能・見合わせる)と判断します。
本人あるいは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しました。

本人もしくは保護者のサイン

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性、輸入ワクチンの救済措置について同意した上で、今回の予防接種を希望しますか。
(希望する・希望しない)

続柄()

接種ワクチン名	接種量	接種部位	接種場所・医師名・接種日
Jenvac 日本脳炎ワクチン(vero細胞由来)	□0.5 mL (1, 2回目)	筋肉内接種 上腕・大腿 右・左	MYメディカルクリニック
Lot No.			年 月 日

日本脳炎ワクチンの接種について

日本脳炎の予防接種実施にあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。
予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。
1歳以上のお子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

【日本脳炎について】

日本脳炎はフラビウイルス科に属する日本脳炎ウイルスに感染しておきます。
主にコガタアカイエカによって媒介されます。日本脳炎の潜伏期は6～16日間とされます。数日間の高熱、頭痛、悪心、嘔吐、目眩などで発症します。
小児では腹痛、下痢を伴うことも多い。これらに引き続き急激に、項部硬直、光線過敏、種々の段階の意識障害とともに、神経系障害を示唆する症状が出現します。
症状が現れた時点ですでにウイルスが脳内に達し、脳細胞を破壊しているため、神経系障害を示唆する症状が出現します。
将来ウイルスに効果的な薬剤が開発されたとしても、一度破壊された脳細胞の修復は困難と考えられます。

予防の中心は蚊の対策と予防接種である。日本脳炎の不活化ワクチンが予防に有効なことはすでに証明されています。

【ワクチンの特徴と副反応】

本剤は日本脳炎ウイルス(JEV strain-821564-XY)をVero細胞(アフリカミドリドリザル腎臓細胞由来株)で増殖させ、得られたウイルスを採取し、WHO推奨の工程をかけ、安定剤を加え充填した後、凍結乾燥したものです。
副反応は、10%未満で注射部位の発赤、腫脹(はれ)、疼痛、その他発熱は10%以上。10%未満で頭痛、全身痛。1%未満で嘔気、嘔吐、下痢、咳、かぜ症状、筋肉痛があらわれることがあります。
また、まれに多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎の発生の可能性もあります。このような健康被害が生じた場合の救済については、別紙「国内未承認ワクチン同意書」をご参照ください。

【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 過去に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、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4 その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

【予防接種を受けるにあたり、医師とよく相談しなくてはならない人】

- 1 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3 風邪などのひきはじめと思われる人
- 4 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常が見られた人
- 5 薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人
- 8 妊娠、または授乳中の人

【予防接種を受けた後の注意】

- 1 日本脳炎ワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- 2 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ようにはやめましょう。
- 3 接種当日はいつもどおりの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

国内未承認ワクチン同意書 (Jenvac)

MYメディカルクリニック

〒150-0042 東京都渋谷区宇田川町20-17
NMF渋谷公園通りビル4,5階

TEL:03-4578-9011 FAX:03-6452-5102

国内未承認ワクチン について	日本国内で承認されているワクチンは予防接種法、施行令によって健康被害に対する救済制度がありますが、国内未承認ワクチンは対象外となります。そのため、本ワクチンの副作用についての補償制度は当院がワクチンの輸入を行う株式会社つばめラボの補償制度に従うことになります。内容は下記サイトをご参照ください。 https://www.tsubamelabo.com/lp/compensation-system
-------------------	--

日本脳炎ワクチン (Jenvac)について	国内では認可されていませんが国際的に広く使用されています。令和3年1月に国産である乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンの供給量に影響が生じたため。また疾病の性質上も渡航前の摂取が望ましいためこの度は海外渡航者に対して、国内未承認ワクチンを導入する運びとなりました。
--------------------------	--

私は、_____様(及び保護者)に本ワクチンの効果・目的・副反応・補償制度、同意しない場合にも不利益を被らないことについて説明しました。

説明した医師の署名

_____年 月 日

私は、上記医師より本ワクチンの効果・目的・副反応・補償制度・同意しない場合にも不利益を被らないことの説明を受けて理解した上で、本ワクチンの接種の接種を希望します。

接種対象者氏名

接種対象者住所

署名(本人もしくは保護者)・続柄

_____年 月 日