**日本脳炎予防接種説明書・同意書（保護者が同伴しない場合）**

**【日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明書】**

**●保護者の方へ：必ずお読みください。**

これまで，お子さんの予防接種に当たっては，保護者の同伴が必要となっていましたが，13歳以上の方への日本脳炎予防接種については，保護者がこの説明書の記載事項を読み，理解し，納得してお子さんに予防接種を受けさせることを希望する場合，この同意書に自ら署名することによって，保護者が同伴しなくてもお子さんは予防接種を受けることができるようになりました。

（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）

　この同意書に署名するに当たって，接種させることを判断する際に，疑問等があれば，あらかじめ，かかりつけ医や水戸市保健所に確認して，十分納得したうえで，接種をさせることを決めてからにしてください。

**１　日本脳炎の症状について**

　　日本脳炎は，日本脳炎ウイルスを持つ蚊がヒトを刺すことで感染します。７～10日の潜伏期間の後，高熱，頭痛，嘔吐，意識障害，けいれんなどの症状を示す急性脳炎です。ヒトからヒトへの感染はありません。脳炎のほかに髄膜炎や夏かぜ様の症状の人もいます。脳炎を発症した際の致死率は20～40％といわれています。

　　日本脳炎ウイルスは，西日本を中心に日本全体に分布しています。

**２　予防接種の効果と副反応について**

　　ワクチンの中には，日本脳炎のウイルスの成分が含まれており，予防接種を受けると日本脳炎に対する免疫を獲得することができます。

　　ただし，予防接種により，発熱，腫れ，じんましん，発疹などの軽い副反応がみられることがあります。また，極めて稀ですが，重い副反応がおこることがあります。

　　重い副反応としては，ショック，アナフィラキシー，急性散在性脳脊髄炎（ADEM），脳炎・脳症，血小板減少性紫斑病等が報告されています。

**３　予防接種による健康被害救済制度について**

　　定期の予防接種によって引き起こされた副反応により，医療機関での治療が必要になったり，生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には，予防接種法に基づく補償を受けることができます。

　　健康被害の程度等に応じて，医療費，医療手当，障害児養育年金，障害年金，死亡一時金，葬祭料の区分があり，法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金，葬祭料以外については，治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

　　ただし，その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか，別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を，予防接種・感染症医療・法律等，各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し，予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

　※給付申請の必要が生じた場合には，診察した医師，水戸市保健所へご相談ください。

**４　接種に当たっての注意事項**

　予防接種の実施においては，体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には，かかりつけ医等に相談の上，接種するか否かを決めてください。

　また，お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

1. 明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます）がある場合
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
3. 受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
4. その他，医師が不適当な状態と判断した場合

なお，現在，妊娠している方の場合は，接種することに注意が必要な方ですので，かかりつけ医とよくご相談ください。

**【日本脳炎予防接種を受けるに当たっての同意書】**

**●保護者の方へ：下記の事項をよくお読みください。**

　上記の内容をよく読み，十分理解し，納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は，下記の保護者自署欄に署名してください。**（署名がなければ予防接種は受けられません）**

　　接種を希望しない場合には，自署欄には何も記載しないでください。

　日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明書を読み，予防接種の効果や目的，重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで，子供に接種させることに同意します。

　なお，本説明書は，保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上，本様式が水戸市に提出されることに同意します。

保護者自署

住　　　所

緊急連絡先

※本様式は，日本脳炎予防接種において，保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子さんが1人で予防接種を受ける場合は，必ずこの同意書及び日本脳炎予防接種（保護者が同伴しない場合）を提出させるようにしてください。

【問合せ先】水戸市保健所感染症対策課　予防衛生係

　電話　029-243-7315