

# 日本脳炎ワクチン＜Jenvac 0.5mL＞の接種を受けられる方へ

ワクチンの種類 Jenvac 0.5mL

料金 10,500 円 / 本 接種回数 1 回（長期効果を期待する場合は 2 回）

接種スケジュール 2 回接種する場合、初回接種の 1 年後

## ■ 日本脳炎について

### 感染経路

日本脳炎ウイルスに感染したブタから蚊を介して人へ感染します。人から人への直接感染はありません。

潜伏期間 6 ～ 16 日

### 症状

初期症状として、高熱、頭痛、吐き気、嘔吐が現れます。続いて、意識障害、けいれん、異常行動、筋肉の硬直などの症状が見られます。

重症例では約 50%が死亡し、生存者の 30 ～ 50%に精神障害や運動障害などの後遺症が残るとされています。

### その他

日本国内だけでなく東南アジア、南アジアにひろく分布しており、パプアニューギニアやオーストラリア北部にも発生しています。定期の予防接種を完了していても、予防接種の有効期間は 3 ～ 4 年といわれています。

この期間を経過した後に、流行地域に渡航される方は追加接種をお勧めします。

虫よけスプレーや蚊取り線香などを利用し、肌を露出しない服装を心がけましょう。

## ● 副反応

ワクチン接種後に、下記のような副反応がみられることがありますが、通常は一時的なもので数日で消失します。

〈局所〉接種部位の赤み、腫れ、痛み、かゆみなど

〈全身〉発疹、咳、下痢、鼻水、発熱、頭痛、鼻出血、倦怠感など

下記のような重篤な副反応は発生率が非常に低いとされていますが、接種後に異常な症状が現れた場合は、速やかに医療機関を受診することが推奨されます。

アナフィラキシー反応（じんましん、呼吸困難、血管の腫れなど）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から 2 週間以内に発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害などが発生）、痙攣、血小板減少性紫斑病（接種後数日から 3 週間後に紫斑、鼻出血、口内の粘膜からの出血など）、脳炎や脳症など

## ● 禁忌 ＜予防接種が受けられない方＞

次のいずれかに当てはまる人は、ワクチンを受けることができません。

ワクチン接種に関して不安がある方は、必ず事前に医師へ相談し、適切な判断を仰ぐようにしましょう。

- ・発熱している方（37.5℃以上）
- ・重度の急性疾患を患っている方
- ・過去に日本脳炎ワクチンでアナフィラキシーを起こしたことがある方
- ・医師が接種不適合と判断した方



西梅田シティクリニック

Nishumeda City Clinic

## ●注意が必要な方

次のいずれかに該当する場合は、ワクチン接種を受ける前に医師とよく相談しましょう。

- ・心臓・腎臓・肝臓の病気や血液疾患などの基礎疾患をお持ちの方
  - ・成長や発育に関する指導を医師や保健から受けている方
  - ・風邪の初期症状がある方
  - ・過去の予防接種後に異常があった方
  - ・薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがある方
  - ・痙攣（けいれん）の既往がある方
  - ・本人または近親者に免疫系の異常があると診断された方
  - ・免疫不全の方、または免疫抑制治療を受けている方
  - ・妊娠中または妊娠の可能性（生理がおくれているなど）がある方、授乳中の方
- ※妊娠中、授乳中は安全性が確立されていないので避けた方が望ましいです。
- ・現在、周囲で麻疹、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜが流行しており、まだその病気にかかったことがない方

## ●接種後の注意事項

ワクチンを受けた後は、次の点に気をつけましょう。

- ・接種後 30 分間は、医療機関の近くで様子を観察しましょう。  
まれに強いアレルギー反応が起こることがあるため、異常を感じた場合はすぐに医師と連絡が取れるようにしておきましょう。
- ・接種後 24 時間は、高熱や体調の変化に注意しましょう。  
発熱や倦怠感、体調不良が現れることがあるため、普段と異なる症状がないか確認しましょう。
- ・接種部位を清潔に保ちましょう。  
入浴は可能ですが、注射部位を強くこすらないように注意してください。
- ・普段通りの生活を心がけましょう。  
接種後は普段通りの生活を送って問題ありません。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けるようにしましょう。
- ・異常があればすぐに医師へ相談しましょう。  
万が一、高熱や痙攣（けいれん）などの異常な症状が現れた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ・接種後は車の運転や高所での作業には注意をしましょう。  
このワクチンに限らず、ワクチン接種により血管迷走神経反射によりめまいや立ちくらみが起こる可能性があります。

## 国内ワクチンとの比較

|         | ジェービックV、エンセバック皮下注用 | Jenvac 0.5mL         |
|---------|--------------------|----------------------|
| 国内承認    | 承認済み               | 未承認（輸入ワクチン）          |
| 接種回数    | 1～3回               | 1回（長期効果を期待する場合は2回）   |
| 料金      | 当院取り扱いなし           | 10,500円/1本           |
| 接種可能年齢  | 生後6か月以上            | 1歳以上                 |
| 接種方法    | 皮下注射               | 筋肉注射                 |
| 副作用救済制度 | 国の副作用救済制度あり        | 輸入代行業者による副作用被害補償制度なし |

予防接種予診票（Jenvac：日本脳炎）

|                      |  |     |  |      |        |   |   |   |       |          |
|----------------------|--|-----|--|------|--------|---|---|---|-------|----------|
|                      |  |     |  |      | 診察前の体温 |   | ℃ |   |       |          |
| 太枠内を黒のボールペンで記入して下さい。 |  |     |  |      |        |   |   |   |       |          |
| (フリガナ)               |  | 男・女 |  | 生年月日 | 西暦     | 年 | 月 | 日 | 保護者氏名 | 未成年の場合のみ |
| 氏名                   |  |     |  |      | (      | 歳 | 月 | 日 | 氏名    |          |
| 〒                    |  |     |  |      | TEL    |   |   |   | -     |          |
| 住所                   |  |     |  |      |        |   |   |   |       |          |

| 質問事項  |  | 回答欄       |     | 医師記入欄 |
|---|--|-----------|-----|-------|
|   |  |           |     |       |
| 今日受ける予防接種についての説明書を読んで理解しましたか。   |  | いいえ       | はい  |       |
| 今日受ける日本脳炎ワクチンの予防接種は何回目ですか。  |  | 初めて・( )回目 |     |       |
| 今日、体の具合の悪いところがありますか。あれば、その症状を記入してください。  |  | はい        | いいえ |       |
| (症状： )  |  |           |     |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名： ) (かかった日： )   |  | はい        | いいえ |       |
| 4週間以内に予防接種をうけましたか。(予防接種名： )   |  | はい        | いいえ |       |
| 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、その他病気)にかかり診察を受けていますか。   |  | はい        | いいえ |       |
| (病名： )  |  |           |     |       |
| ※「はい」と答えた方 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いわれましたか。  |  | いいえ       | はい  |       |
| 今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。   |  | はい        | いいえ |       |
| ※「はい」と答えた方 その時に熱がでましたか。   |  | はい        | いいえ |       |
| 薬や食品などでアレルギー症状(じんましん、アナフィラキシーなど)を起こしたり、体の具合が悪くなったことがありますか。  |  | はい        | いいえ |       |
| ※「はい」と答えた方 薬・食品など原因になったもの( )  |  |           |     |       |
| 花粉症、アトピー性皮膚炎、ぜんそく等のアレルギーの病気がありますか。  |  | はい        | いいえ |       |
| 今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。(予防接種名： )  |  | はい        | いいえ |       |
| 家族のなかで予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。   |  | はい        | いいえ |       |
| 家族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 |       |
| 【女性の方に】下記にあてはまることはありますか。  |  | はい        | いいえ |       |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある(生理が予定より遅れているなど) <input type="checkbox"/> 授乳中である |  |           |     |       |
| その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください(投薬状況など)  |  |           |     |       |

|   |                   |
|---|-------------------|
| 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などについて理解した上で、今回の予防接種を希望しますか？ | 本人の署名(もしくは保護者の署名) |
| ( はい ・ いいえ )  |                   |
| ※かっこの中のどちらかをえらんで下さい   | 代理人の場合：続柄( )      |

\*医師の記入欄

|  |     |
|--|-----|
| 問診及び診察の結果、今日の予防接種は下記のように判断しました。                          | 医師名 |
| (実施できる ・ 見合わせた方がよい)                                      |     |
| 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。 | 印   |

|   |       |                   |       |       |                            |
|---|-------|-------------------|-------|-------|----------------------------|
| 使用ワクチン名   | ロット番号 | 接種部位              | 接種量   | 住所    | 大阪府大阪市北区梅田2-1-18 富士ビル2階・3階 |
| 【 名 称 】 Jenvac<br>【 製 造 元 】 Bharat Biotech<br>【 製 造 国 】 インド |       | 筋肉注射<br><br>右 ・ 左 | 0.5mL | 医院名   | 西梅田シティクリニック                |
|   |       |                   |       | 院長    | 赤松 敬之 印                    |
|   |       |                   |       | 接種年月日 | 令和 年 月 日                   |

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。 記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

## 輸入ワクチンについて(Jenvac: 日本脳炎)

当クリニックでは渡航先での安全を確保するため、あるいは現地の法律に準拠するため以下の場合に国内未承認の輸入ワクチンをお勧めすることがあります。

- ・国内で承認されているワクチンがない場合や入手困難な場合
- ・スケジュールや有効性の面で輸入ワクチンが推奨される場合

※輸入ワクチンは日本国内では未承認ですが、多くの国で使用されて安全性・有効性が確立されている WHO (世界保健機関) で承認済のワクチンを使用いたします。

※各疾患やワクチンの詳細については別にお渡しする説明文書をよくお読みください。

輸入ワクチンのため、国内未承認です。輸入ワクチン接種による副反応が生じた時は国による救済制度の対象外となります。

また、Jenvac は輸入代行業者による副作用被害補償制度の対象外です。

説明医師 \_\_\_\_\_

## 輸入ワクチンに関する同意書

西梅田シティクリニック 院長 様

輸入ワクチンの使用に関して、上記説明、各ワクチンの説明文書を読み理解しました。

輸入ワクチンを接種することに ( ☒ 同意します ・ ☐ 同意しません )

署名 本人

代諾者 \_\_\_\_\_ (本人との関係: \_\_\_\_\_)

日付 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日