保　護　者　様

京都市保健福祉局
医療衛生推進室医療衛生企画課

＜令和7年度＞日本脳炎ワクチン予防接種「第2期」の御案内

日頃は、京都市の予防接種事業に御理解と御協力をいただき、ありがとうございます。

日本脳炎予防接種「**第２期**」の接種対象年齢の皆様に順次個別通知をお送りしております。

つきましては、お子様の予防接種の記録を母子健康手帳等で御確認いただき、日本脳炎「**第２期**」が未接種である場合は、同封の「日本脳炎予防接種のお知らせ」を御覧いただいたうえで、接種を御検討くださいますようお願い申し上げます。

記

１　日本脳炎「第２期」の接種対象年齢

９歳以上１３歳未満（標準接種年齢は9歳です。）

２　費用

無料

３　持ち物

- 必要事項を記載した予診票及び予防接種券
- 母子健康手帳

４　場所

京都市予防接種協力医療機関（※　要予約）

５　その他

子どもの予防接種について、詳しくは京都市ホームページをご覧ください。

お問合せ先
京都市保健福祉局医療衛生推進室　医療衛生企画課　予防接種担当
電　話：０７５－２２２－４４２１　ＦＡＸ：０７５－７０８－６２１２

色上質紙　薄口　藤色
B5_巻三折　10,200部

4-2 表面

07.07

日本脳炎 予防接種予診票

※太枠の中のみボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。　　　　年　　月　　日 記入

回　　数	第　　期　初　回（1～2回目） 追　加（3回目） ※2期の場合は4回目　　接種　　回目	診察前の体温	度　　分
住　　所	京都市　　　区		
(ふりがな) 受ける人の氏名	(　　　)	男・女	生年月日　　年　　月　　日生 (満　　歳　　か月)
保護者の氏名※		TEL	

接種を受ける方の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、〇で囲んでください。

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の説明書を読みましたか	いいえ	は い	
(2) (接種を受ける方が小学生以下の場合) 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	は い	いいえ	
出生後に異常がありましたか	は い	いいえ	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	は い	いいえ	
(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) 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん・風しん・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か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（　　　）	は い	いいえ	
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　（　　　）歳頃	は い	いいえ	
そのときに熱が出ましたか	は い	いいえ	
(9) 薬や食品で皮膚に発しん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（　　　）	は い	いいえ	
(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) 現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか （注）妊娠している方への接種には注意が必要です。	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うえで、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〇で囲んでください。
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。このことを理解のうえ、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

保護者（被接種者が満16歳以上の場合は本人）自署

〈医師の記入欄〉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（接種を受ける人が満16歳以上の場合は本人）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。

医師署名又は記名押印

※　接種を受ける方が満16歳以上の場合、記入する必要はありません。

（協力医療機関で切り取ってもらうこと）

日本脳炎 予防接種券

※ボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは不可）。

09

ふ り が な
被接種者氏名　　　　男・女

生年月日（和暦）　□□年□□月□□日
歳　　月

母子健康手帳番号　□□□□□□□□

住　　所　京都市　　　区

電話番号　　－　　－

保護者氏名※

接種年月日（和暦）　□□年□□月□□日

※　被接種者が満16歳以上の場合、記入する必要はありません。

以下医療機関記入欄

接種年月日　　年　　月　　日　接種回数 □ 回目

所在地

名　称

医師名

使用ワクチン	日本脳炎ワクチン	ロット番号	

色上質紙　薄口　藤色
B5_ 巻三折　10,200 部

医師記入欄

※ 特記事項
※ 異常所見

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 Lot No. 有効期限　　・　　・	(皮下接種) ml	実 施 場 所 医　師　名 接種年月日　　　　年　　月　　日

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

来院又は連絡日	月　　日	接種後　　　　日目
副　反　応 発熱　　　℃　　接種後　　　日目 　　　　　℃　　接種後　　　日目 腫脹・硬結　程度　強 ・ 中 ・ 弱　接種後　　　日目から 　　　　　部位　全身 ・ 体の一部（　　　　　　　） その他　鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他（　　　　　　　） ※ 接種前湿しんのあった者　状　態　増悪・不変・軽快 　　　　　　　　　　　　大きさ　拡大・縮小		
再来院日		
治療 ・ 検査 ・ 経過観察	要 ・ 否	カルテ作成　社 ・ 国 ・ 自費、No.
備　考		

京都市保健福祉局

日本脳炎予防接種のお知らせ（説明書）

この予防接種は、予防接種法に基づき日本脳炎の免疫を得るために、日本脳炎ワクチンを用いて実施しているものです。京都市予防接種協力医療機関のもとで接種を行いますので、説明をお読みいただき、以下のスケジュールに従い、接種を受けるようお勧めします。

◎　対象者及び接種回数

対　象　者	接　種　回　数
生後６月から90月（７歳６月）に至るまでの間にある人※ （標準的な接種期間は初回接種３歳時、追加接種４歳時）	第１期　初回接種 ６日以上、標準的には28日までの間隔をおいて２回
	第１期　追加接種 初回接種終了後６月以上、標準的にはおおむね１年を経過した時期に１回
９歳以上13歳未満の人 （標準的な接種期間は９歳時）	第２期　１回

※　日本脳炎予防接種については特例措置があり、対象者は下記のとおりです。
平成17年４月２日～平成19年４月１日生まれで20歳未満の人は、第1期・第２期の接種不足回数分を受けることができます。

◎　実施場所

京都市予防接種協力医療機関

（協力医療機関はこちら）

◎　実施期間

年間を通じて実施します。

◎　接種方法

京都市予防接種協力医療機関において、予約方式で行います。まず、医療機関に申し込み、接種日時の予約をして、別紙予診票及び予防接種券に必要事項を記入し、指定日時に予防接種を受けてください。

その際、必ず母子健康手帳をご持参ください。また、接種を受ける方が16歳未満の場合は保護者が同伴して下さい。

※１　日本脳炎予防接種券内に「母子健康手帳番号」記入欄がありますが、ご不明な場合は空欄のままで構いません。

※２　母子健康手帳番号をご記入の場合、右詰めでお願いいたします。

◎　料金

無料です。

◎　ご注意

以下の項目に該当する人は受けられません。

①　明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます。）のある人
②　重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③　日本脳炎の予防接種を受けてアナフィラキシー（アレルギー反応）を起こしたことがある人
④　その他、予防接種を行うことが不適当な状態にあると医師が判断した人
※　疾病によっては、治癒後一定期間予防接種が受けられない場合がありますので、医師にご相談ください。

裏面もご覧ください ➡

以下の項目に該当する人は、接種前に医師にご相談ください。

①　心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害等の基礎疾患がある人
②　予防接種で接種後２日以内に発熱のみられた人及び全身性発しん等のアレルギーを疑う症状を起こしたことがある人
③　過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
④　過去にけいれんを起こしたことがある人
⑤　接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれがある人
⑥　妊娠している人（かかりつけ医とよく御相談ください。）

◎　日本脳炎とは

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトから直接ではなく、ブタなどの体内で増えたウイルスが、主にコガタアカイエカによって媒介され感染します。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になります。ヒトからヒトへの感染はありません。

感染者のうち100～1,000人に１人が脳炎等を発症します。脳炎にかかったときの死亡率は約20～40%ですが、治った後に神経の後遺症を残す人が多くいます。

◎　副反応について

生後6か月以上90か月（7歳半）未満の小児で、以下の副反応が認められたとされています。主なものは発熱、せき、鼻水、注射部位の紅斑や腫れ、発しんなどで、これらの副反応のほとんどは接種3日後までにみられています。

なお、ショック、アナフィラキシー様症状、脳症、けいれん、急性血小板減少性紫斑病などの重大な副反応の発生も、極めてまれですが現れることがあります。また、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）という病気の発生も、完全には否定できません。

重い副反応はなくても、気になる症状や体調の変化があらわれたら、すぐに医師に相談してください。

◎　予防接種による健康被害の救済制度について

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、生活に支障が出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。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（予防接種をする前又は後に紛れ込んだ他の感染症等）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で審議され、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。

予防接種を受ける前に

1　前日にお風呂に入って、体を清潔にし、清潔な肌着を着せてください。
2　接種当日は、激しい運動は避けてください。
3　母子健康手帳を忘れた人は、予防接種を受けることができないことがありますのでご注意ください。

予防接種を受けた後の注意

1　予防接種を受けた後、30分以内に急な副反応が起こることがありますので、注意してください。
2　予防接種を受けた後１週間は、副反応の出現に注意しましょう。
3　接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
4　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（接種医）の診察を受けてください。その場合、医師の指導があれば、お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室までご連絡ください。
5　接種当日は通常の生活で構いませんが、激しい運動は避けてください。

お問合せ先　【おかけ間違いにご注意ください。】

○京都いつでもコール（TEL：075-661-3755/FAX：075-661-5855）

○京都市保健福祉局医療衛生企画課（TEL：075-222-4421/FAX：075-708-6212）

※お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室でも、ご相談を承ります。

07.07

中京局
料金後納
郵便

重要

日本脳炎予防接種「第２期」のお知らせ

※　すでに接種済みの方にも届く場合がございます。
ご了承ください。

差　出　人

〒604 -8571
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地
京都市保健福祉局
医療衛生推進室　医療衛生企画課
TEL(075)222-4421／FAX(075)708-6212

京都市
CITY OF KYOTO