

B型肝炎ワクチンの接種について

B型肝炎の予防接種を実施するに当たって、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。そのため、予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【B型肝炎について】

B型肝炎ウイルスは、慢性持続性感染を起こし、肝細胞ガン・肝硬変の原因となり得るウイルスとして知られています。感染は主にB型肝炎ウイルス保有者（キャリア）の血液で非経口的に汚染されることによって生じます。母親がB型肝炎ウイルス保有者である場合、妊娠中あるいは、多くは出産時に母親の血液によって胎児あるいは新生児がウイルスの感染を受けます（母子感染）。さらに、血液に接する機会が多い医療従事者などでは、針刺し事故（汚染事故）によって感染する場合があります。海外では、同性愛者、麻薬中毒者間での感染が知られています。

成人がウイルス感染を受けると、約30%の人が急性肝炎として発病します。その予後は一般に良好ですが、約2%は劇症肝炎となり、そのうち約70%は死亡します。

【ワクチンの特徴と副反応】

組換えDNA技術を応用して産生されたB型肝炎ワクチンです。基礎免疫をつけるには一定の間隔で3回の接種が必要です。副反応は、注射部位の発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、疼痛、熱感、そう痒感などがあります。その他、発熱、発しん、湿しん、そう痒、じんましん、関節炎、肩こり、背部痛、関節痛、筋肉痛、嘔吐、腹痛、嘔気、下痢、食欲不振、眠気、めまい、頭痛、悪寒、倦怠感、違和感などがあらわれることがあります。

また、まれにショック・アナフィラキシー様症状、多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎の発生も報告されています。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて救済手続きを行うこととなります。

【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B型肝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相当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、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. かぜ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日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
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のある人
8. 妊娠の可能性のある人

【予防接種を受けた後の注意】

1. B型肝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と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なことはやめましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	

B型肝炎 予防接種予診票

* 接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

* 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をご記入下さい。

住 所		男・女	電話 () —	
ふりがな 受ける人の氏名			生年 月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)
(保護者の氏名)			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(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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。 具合の悪い症状を書いて下さい。()	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. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	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。(最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
8. 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	
9. これ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・症状 ()	はい	いいえ	
10. 1カ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カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいますか。 病名 ()	はい	いいえ	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
13. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 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下さい。()	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい。			

15. 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 (可能 ・ 見合わせる)

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師署名 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

本人の署名(もしくは保護者の署名) _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
メーカー名	皮下接種	実施場所	愛知郡東郷町大字春木字新池51
ロット番号	0.25ml	医師名	山口こどもクリニック 山口信行
	0.5ml	接種日時	年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。