

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をご記入下さい。

【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。

【接種対象について】

B型肝炎ウイルス保有者（特にHbe抗原陽性者）の体液（特に血液）に接触する可能性が高い方は、あらかじめB型肝炎ワクチンを接種して免疫をつけておくことが勧められています。

【接種時期について】

年間を通じて接種できます。一般的に3回接種することにより免疫を獲得できる確率が高まることが知られているため、接種は原則として3回（初回、1ヶ月目、6ヶ月目）行います。

【接種を受けることが不適当な方】

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
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

【他のワクチンとの接種間隔】

生ワクチンの接種を受けた方は27日以上、また他の不活化ワクチンの接種を受けた方は、6日以上の間隔をおいてB型肝炎ワクチンを接種してください。

【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. 接種部位は清潔に保ちましょう。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. 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。

【医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について】

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

B型肝炎予防接種予診票



		診察前の体温	℃	
住所	〒	電話	—	—
ふりがな		生年月日		
本人氏名		男・女	大正・昭和・平成	
保護者氏名			年	月

	質問事項	回答欄		医師記入
1	今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2	今日、体の具合の悪いところがありますか 症状 ()	はい	いいえ	
3	最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
4	1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5	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	
6	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他病気)にかかり医師の診察をうけていますか 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うけてもよいといわれましたか	はい	いいえ	
7	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
	その時熱はでましたか	はい	いいえ	
8	薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
9	接種を受ける方の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	
10	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 ()	はい	いいえ	
11	(女性の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
12	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
13	その他、医師に伝えたいことがあればご記入下さい			

医師記入欄	
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。 本人または保護者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ました。 医師署名又は記名捺印 宮川 浩一	
本人記入欄〔未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者〕	
予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で予防接種をうけますか？ (うけます・うけません) ←どちらかを○で囲んで下さい	
自署	<input type="text"/>

使用ワクチン名	接種量・接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名:	皮下接種 0.25mL ・ 0.5mL	みやがわクリニック 愛知県日進市赤池3-2104 宮川 浩一 年 月 日
メーカー名 Lot No.	接種部位: 右・左 上腕伸側部	

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。