

<A型肝炎ワクチンの接種について>

A型肝炎について

A型肝炎ウイルス(HAV)の経口感染によって発症する急性肝炎で冬から春に多く発生がみられます。小児では感染しても症状が出ない不顕性感染で終わることが多く、発症しても発熱、軽い黄疸をみる程度ですが、成人ではほとんどが発症し、38℃以上の発熱、全身倦怠感、下痢、黄疸の症状が現れ、完全に治癒するまでには1～2カ月の治療を要する疾患です。まれに劇症肝炎や急性腎不全を引き起こすことがあります。

日本では近年、生活環境の整備により患者発生が激減したことにより、感染の機会が減少し、その結果として45歳以下の世代ではA型肝炎に対する免疫がほとんどみられなくなりました。A型肝炎が流行している地域や、海外のA型肝炎常在地への旅行・出張等長期滞在の場合などにワクチン接種が勧められています。食品を取り扱う人々の感染予防、感染の拡大予防にも有利と考えられます。

ワクチンの特徴と副反応

このワクチンは、A型肝炎ウイルスを培養細胞で増殖させ、それを精製、不活化したものです。基礎免疫をつけるには一定の間隔で2～3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、圧痛、そう痒感などがあります。その他、発熱、倦怠感、頭痛、頭重感、下痢、熱感、全身筋肉痛などがあらわれることがあります。

これまでに重篤な副反応の発生は認められていませんが、このワクチンの接種によって健康被害が生じた場合の救済については、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手続きを行うことになります。

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A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、医師に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に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. カゼ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、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疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
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がある人
8. 妊娠の可能性のある人

予防接種を受けた後の注意

1. A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()	〒940-0023 長岡市新町 1-2-29 TEL:0258-32-4884
時 分頃	医療法人社団 太田クリニック 太田こどもクリニック 理事長:太田裕

*太枠内にご記入するか、○で囲んでください。

住所		TEL	() - ()	診察前の体温	度	分
フリガナ	()	男	昭和・平成・令和	年	月	日生
受ける人の氏名		女	生年月日	()	歳	ヵ月)
(保護者の氏名)						

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種は何回目ですか。(今回: 回目) (前回接種日: 年 月 日)		
今日受ける予防接種についての説明を読み、理解しましたか。	いいえ	はい
【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。あれば具体的にご記入ください。()	あった	なかった
今日、体に具合の悪いところがありますか。(症状:)	はい	いいえ
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。(病名:)	はい	いいえ
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。(病名:)	はい	いいえ
1ヵ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。(病名:)	はい	いいえ
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(いつ:) (予防接種名:)	はい	いいえ
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、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
また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言われましたか。	はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(最後: 年 月頃)	はい	いいえ
その時、熱はありましたか。	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹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。(薬・食品の種類:)	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	はい	いいえ
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。(予防接種名・症状:)	はい	いいえ
【ご婦人の方に】 今、妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ
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ご記入ください。(投薬状況など)		

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。
医師の署名または記名押印 ()

保護者記入欄

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うえで、接種を希望しますか。
(**受けます** ・ **見合わせます**) 保護者(もしくは本人)の署名 ()

使用ワクチン名	摂取量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
	皮下・筋肉内接種 0.5ml	〒940-0023 長岡市新町1-2-29 TEL: 0258-32-4884 太田こどもクリニック 医療法人社団: 太田クリニック 理事長: 太田裕 接種年月日:

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、予防接種に関する予診のみに使用します。