

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、予約票にはできるだけ詳しくご記入ください。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ください。

○ワクチンの特徴と副反応

組換え遺伝子技術を応用して産生されたB型肝炎ワクチンです。通常、B型肝炎の予防を目的として、初回、1カ月目（初回接種後4週）、6カ月目（初回接種後20～24週）の3回接種を行います。

主な副反応としては、注射部位の疼痛、発赤、そう痒感（かゆみ）、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、熱感、発熱、倦怠感、手の脱力感等があります。また、非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー（血圧低下、呼吸困難、顔面蒼白等）、多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎、脊髄炎、視神経炎、ギラン・バレー症候群、末梢神経障害が起こる可能性があります。何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出てください。

○次の方は接種を受けないでください

1. 明らかな発熱を呈している方（通常は、37.5℃を超える方）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 本剤の成分（詳しくは医師にお尋ねください）によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方
4. 上記にあげる方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方

○次の方は接種前に医師にご相談ください

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方
2. 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
3. 過去にけいれんの既往のある方
4. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
5. 本剤の成分（詳しくは医師にお尋ねください）に対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
7. バイアル製剤接種の場合：ラテックス過敏症*のある方〔本バイアル製剤のゴム栓には乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれています。ラテックス過敏症のある方においては、アレルギー反応があらわれる可能性があります。〕
*ラテックス過敏症とは、ラテックスに対する即時型の過敏症です。ラテックスを含む製品の使用時等にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交差反応のある果物等（バナナ、栗、キウイフルーツ、アボカド、メロン等）にアレルギーがある場合にもご相談ください。

○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、通常27日以上、また他の不活化ワクチンの接種を受けた方は、通常6日以上間隔を置いて本剤を接種してください。ただし、医師が必要と認めた場合には、同時に接種することができます。

○ワクチン接種後の注意

1. 接種後30分間はアナフィラキシーなどの急な副反応がおこることがありますので、医療機関にいるなど、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしてください。
2. 接種当日は激しい運動を避けてください。（接種当日の入浴は差し支えありません。ただし注射したところをこすらないでください。）
3. 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します。
4. 接種後は健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、ただちに医師の診療を受けてください。

接種予定日	月	日（ ）	医療機関名	〒940-0023 長岡市新町1-2-29 TEL:0258-32-4884 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
	時	分頃		

【参考】

B型肝炎ワクチン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」により治療費等を受け取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。

【医薬品副作用被害救済制度】

医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

問い合わせ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

電話：0120-149-931（フリーダイヤル） URL：<http://www.pmda.go.jp/>

任意接種用

B型肝炎ワクチン予防接種 予診票

* 太枠内にご記入するか、○で囲んでください。

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

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。あれば具体的に書いてください。 ()	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	
天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、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。また交差反応を起こす食べ物(バナナ、キウイ、栗、アボガド、メロン等)により、具合が悪くなったことがありますか。	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 □ 0.25ml: 10歳未満 □ 0.5ml: 10歳以上	〒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。