

## ● B型肝炎ワクチン予防接種問診票 ●

※太ワク内をご記入ください。

回 数	初回免疫 ( 1回目 · 2回目 )	診察前の体温	度 分
住 所		TEL( )	一
フリガナ		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳 力月)
予防接種を受ける人の氏名			
保護者の氏名			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2. お保護者の方に、お子さんの発育歴についておたずねします。			
・出生時体重	( )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	
・乳児健診で異常がありましたか。	はい	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
症状( )			
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名( )			
5. 1カ月以内に家族や友達にはしか、風しん、水ぼうそう、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カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種名( ) いつ( )			
7. 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経の病気、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。	はい	いいえ	
病名( )			
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良いといわれましたか。	いいえ	はい	
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
けいれんから2か月以上経っていますか。	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい	いいえ	
薬・食品名( )			
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りしたことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種名( )			
12. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったりした人はいますか。	はい	いいえ	
13. 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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	

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、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。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

## 医師の署名又は記名押印

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、接種することに( 同意します · 同意しません )

★ 保護者の署名 [ ]

]

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
メーカー名: 製造番号:	皮下接種 0.25ml · 0.5mL	実施場所 医療法人社団こども会 平井こどもクリニック 医 師 平 井 克 明	接種日時 平成 年 月 日

# B型肝炎ワクチン接種をご希望の方へ

～予防接種に欠かせない情報です。必ずお読みください。～

B型肝炎ウイルス(HBV)は慢性肝炎・肝硬変・肝癌の原因となるウイルスです。

日本では、HBs抗原陽性(キャリア)妊婦からの出生児全員のほか、医療・保健従事者などの感染リスクのある人、さらに父親や同居家族がHBVキャリアである場合の乳児にワクチン接種が勧められています。HBs抗原陽性(キャリア)妊婦からの出生児に対する予防接種のみ保険適応が認められており、それ以外は任意(自費)接種となります。

海外では小児期にB型肝炎ワクチンの定期接種をしている国があり、留学などの際に接種を要求されることがあります。またB型肝炎は性交渉、輸血、注射などの際にも感染する恐れがあります。先進国では輸血や注射による感染はほぼなくなりましたが、途上国では必ずしも安心できる状態ではありません。

B型肝炎ワクチンは4週間あけて2回接種の後、20~24週後に追加接種を行います。接種量は、10歳未満は0.25ml、10歳以上は0.5mlです。3回接種した後の免疫持続期間は4.5年といわれています。3回受けて5年以上経過した方は、追加接種が必要となります。

ワクチンの副反応としては、ときに局所の発赤・腫脹・発熱・消化器症状・頭痛・倦怠感・関節痛などがあります。

なお本ワクチン接種後は、6日以上の間隔を置けば別の予防接種を受けることができます。

## 1. 次の方は接種を受けないでください

- ① 明らかに発熱している方(通常は37.5°Cを超える場合)
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ その日に受ける予防接種によって、または予防接種に含まれる成分で、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)をおこしたことがある方
- ④ その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

## 2. 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、発育障害などの基礎疾患のある方
- ② 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発疹、じん麻疹などのアレルギーを疑う症状のみられた方
- ③ 過去にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがある方
- ④ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の人がいる方

## 3. 接種後は以下の点に注意してください

- ① 接種後30分間は、ショックやアナフィラキシーがおこることがごく稀にありますので、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- ② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 接種後1週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや機嫌が悪くなったときは医師にご相談ください。
- ④ このワクチンの接種後、違う種類のワクチンを接種する場合には、6日間以上の間隔をあける必要があります。ただし、このワクチンは他のワクチンとの同時接種が可能ですので、同時接種を希望する場合には、医師にご相談ください。
- ⑤ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ⑥ 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。

「B型肝炎ワクチン問診票」にご記入の上、医師の診察を受けてください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

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をご覧ください。

接種予定日	月 日( ) 時 分頃	医療機関名	医療法人社団こども会 平井こどもクリニック 医 師 平 井 克 明
-------	----------------	-------	--------------------------------------

