

B型肝炎ワクチン任意接種予診票

			体温	度	分
住所	〒		TEL	()	-
フリガナ		男 ・ 女	生年	年	月
接種する人の氏名			月日	(歳

質問事項	回答欄		医師記入欄
「予防接種の有効性や副反応について」の記載を読み理解しましたか？	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？ → 病名・具合の悪い箇所()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか？	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？	いいえ	はい	
いままで特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気免疫不全症血液疾患、その他)にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)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りしたことがありますか？ 薬品・食品名()	ある	ない	
この予防接種を受けたことがありますか？ 1 前回受けたのは(去年・年 月頃)	ある	ない	
2 その際に具合が悪くなったことはありますか？	ある	ない	
3 ほかの予防接種の際に具合が悪くなりましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
4 週間以内に何かの予防接種を受けましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？	ある	ない	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	いる	いない	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか？	いる	いない	
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感染症の方がいましたか？	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
(お子さんが接種される場合に) お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()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	
乳児検診で異常があるといわれたことがありましたか？	はい	いいえ	
今日のワクチン接種について他に質問はありますか？	ある	ない	

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。

(接種を希望する ・ 接種を希望しません)

本人(未成年者は保護者の)署名 _____

医師記入欄

以上診療及び診療の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)と判断します。

本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬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 (医) 路傍の森 市森クリニック
市森裕章 ・ 宮原由起

使用ワクチン名	接種部位	接種場所・医師名・接種日時
Lot No:		医療機関名: 市森クリニック 医師名: 市森 裕章 接種日時:

B型肝炎ワクチンの予防接種をご希望の方へ

B型肝炎について

B型肝炎(HB)ウイルスの感染を受けると、急性肝炎となりそのまま回復する場合もあれば、慢性肝炎となる場合があります。一部劇症肝炎といって、激しい症状から死に至ることもあります。また症状としては明らかにならないままウイルスが肝臓の中に潜み、年月を経て慢性肝炎・肝硬変・肝がんなどになることがあります。ことに年齢が小さいほど、急性肝炎の症状は軽いかあるいは症状はあまりはっきりしない一方、ウイルスがそのまま潜んでしまう持続感染の形をとりやすいことが知られています。感染は、HBウイルス(HBs抗原)陽性の母親から生まれた新生児、HBウイルス陽性の血液に直接触れたような場合、HBウイルス陽性者との性的接触などで生じます。

ワクチンの特徴と副反応

組換えDNA技術を応用して開発された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、注射部位の疼痛、腫脹(はれ)、硬結(しこり)、発赤、そう痒感、熱感などがあります。過敏症として、発熱、発しん、湿しん、そう痒、じんましん、紅斑、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、関節炎、肩こり、背部痛、肝臓として、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTPの上昇等、消化器として、嘔気、下痢、食欲不振、嘔吐、腹痛、精神神経系として、頭痛、眠気、めまい、けいれん、しびれ感、その他として、倦怠感、違和感、悪寒、血小板減少症があらわれることがあります。

また、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、ギラン・バレー症候群が起こる可能性があります。このような症状が認められたり、疑われたりする場合は、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また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℃以上の人)
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ください。

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. かぜなどの症状がではじめたと思われる人
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. 薬の投与または食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたりしたことのある人
6. 今までにひげつけ(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. 妊婦または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、医師とすぐに連絡が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にはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動は避けましょう。
4. 万が一、接種後接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けてください。