

B 型肝炎予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度		分	
住 所		TEL ()		—			
フリガナ		男	生年	昭和	年	月	日生
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
今日受ける予防接種についての説明文(裏面)を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合)あなたの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。 出生時に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いて下さい。()	はい	いいえ	
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	
1 ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、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	
1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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。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受けてよいといわれましたか。	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。()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	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。	はい	いいえ	
ラテックス過敏症(注 1)ですか。	はい	いいえ	
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	
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。 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
6 ヶ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	
母子感染予防として、出生後に B 型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
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: 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師の署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に
基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応
の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します・接種を希望しません)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 :	皮下接種 左・右 ()	実施場所 : 太陽クリニック
Lot. No. :	□ 0.5mL(10歳以上)	医師名 : 舘岡昇
	□ 0.25mL(10歳未満)	接種年月日 : 令和 年 月 日

(注 1)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合
に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(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はご相談ください。

お受けになる前に、必ずお読みください。

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あたって、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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さまの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

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(キャリア)である場合、妊娠中あるいは、多くの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。海外では、同性愛者、麻薬中毒者間での感染が知られています。成人がウイルス感染を受けると、約 30%の人が急性肝炎として発症します。その予後は一般に良好ですが、約 2%は劇症肝炎となり、そのうち約 70%は死亡します。

ワクチンの特徴と副反応

組換え DNA 技術を応用して産生された 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、注射部位の発赤、腫脹(はれ)、硬結(しこり)、疼痛、熱感、そう痒感などがあります。その他、発熱、発疹、嘔気、下痢、食欲不振、頭痛、倦怠感、違和感、関節痛、筋肉痛などがあらわれることがあります。また、まれに多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎の発生も報告されています。

予防接種を受けることができない方

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃以上の方)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 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方
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方は、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方

予防接種を受ける際に医師とよく相談していただく方

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
2. 過去に予防接種を受けたときに、2 日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
3. 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方
4. 今までにけいれんを起こしたことがある方
5. 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方
6. このワクチンの成分(酵母等)に対してアレルギーをおこすおそれのある方

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、まれに急な副反応が起きることもありますので、安静にしてください。また、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。
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。