

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、予診票にはできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【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。主な副反応としては、発熱、発疹、倦怠感及び注射部位の疼痛、発赤、腫脹(はれ)、硬結(しこり)等があります。

また、まれにですがショック、アナフィラキシー様症状、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、末梢神経障害の発生も報告されています。このような症状が認められたり、疑われた場合は、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、「医薬品副作用被害救済制度」の対象になる場合があります。詳しくは、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

(参考: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) ホームページ <http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/help.html>)

【接種対象】

B型肝炎ウイルス保有者(特にHB_e抗原陽性者)の体液(特に血液)に接触する可能性が高い方は、あらかじめB型肝炎ワクチンを接種して、免疫をつけておくことが勧められています。

また各国の予防接種ガイドラインにおいても乳幼児、小児の方に幅広く接種が推奨されています。

【接種時期について】

年間を通じて接種できます。一般的に3回接種することにより免疫を獲得できる確率が高まることが知られているため、接種は原則として3回(初回、1ヶ月目(初回接種後4週)、6ヶ月目(初回接種後20-24週))行います。

【接種が不適当な方(予防接種を受けることが適当でない方)】

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を受けてはいけません。

1. 明らかな発熱を呈している方。(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. B型肝炎ワクチンの成分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。

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談する必要がある方】

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気にかかっている方
- ・発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- ・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
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・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方
- ・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
- ・妊娠の可能性のある方

【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B型肝炎ワクチンを接種してください。

【接種を受けるときの注意】

1. からだの具体的な悪いときは接種を受けしないでください。
2. 接種を受ける日に、必ず体温を計っておいてください。

【接種後の注意】

1. B型肝炎ワクチン接種後30分間は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下さい。
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うけてください。

B型肝炎予防接種(ヘプタックス®-II)予診票(乳幼児・小児対象)

* 接種希望の方あるいは保護者の方へ: 太枠内にご記入下さい。

住所	男 ・ 女	診察前の体温			度	分	
ふりがな 受ける人の氏名		生 年 月 日	平成	年	月	日	生
保護者の氏名			(満 歳 又は 生後 週 日)				
電話番号							

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受けるB型肝炎の予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けるB型肝炎ワクチンの予防接種は何回目ですか	() 回目		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、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	
6. 生まれてから今までに家族などの身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
7. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
8. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか(最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
10. 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	
11. 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	
12. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名・症状 ()	はい	いいえ	
14. 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下さい ()	はい	いいえ	
15. 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	
16. 6か月以内に輸血あるいは免疫グロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
17. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
18. 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書いて下さい			

19. 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)
 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。

医師署名 _____

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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理
 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(もしくは保護者)の署名 _____

使 用 ワ ク チ ン 名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時		
ヘプタックス®-II (組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来))		皮下・筋肉 内接種 mL	実施場所		
メーカー名 Lot. No. カルテ No.	MSD 株式会社		医師名		
			接種日時	年 月 日 時 分	

記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関してのみ使用致します。