

# B型肝炎予防接種予診票

|  |
|--|
|  |
|--|

太枠の中を記入してください。

|              |    |   |   |   |      |        |   |   |   |
|--------------|----|---|---|---|------|--------|---|---|---|
| 受診日          | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 生年月日 | 西暦     | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ         |    |   |   |   | 所属   |        |   |   |   |
| 氏名           |    |   |   |   |      |        |   |   |   |
| 職員番号<br>学籍番号 |    |   |   |   | 連絡先  | (携帯電話) |   |   |   |

| 質問事項 |  | 回答欄                                      |     | 医師記入欄 |
|------|--|--|-----|-------|
| 1.   | 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解し、同意しますか。                        | いいえ                                      | はい  |       |
| 2.   | 今日受ける予防接種は何回目ですか   | (                    )回目                 |     |       |
| 3.   | 今日ふだと違って体に具合の悪い所がありますか。                                    | ある(具体的に)                                 | ない  |       |
| 4.   | 現在何かの病気で医師にかかっていますか。(気管支ぜんそくなど)                            | はい(病名)                                   | いいえ |       |
| 5.   | 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。  | はい(病名)                                   | いいえ |       |
| 6.   | 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、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。 | いる(病名)                                   | いない |       |
| 7.   | 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。                                   | はい                                       | いいえ |       |
| 8.   | 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。                               | ある            回ぐらい<br>最後は        年    月頃 | ない  |       |
| 9.   | 今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。                            | ある(具体的に)                                 | ない  |       |
| 10.  | 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。                  | ある(薬、食品名)                                | ない  |       |
| 11.  | 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。                                       | はい(予防接種名)                                | いいえ |       |
| 12.  | ラテックス過敏症*ですか。  | はい                                       | いいえ |       |
| 13.  | 最近1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。              | いる(病名)                                   | いない |       |
| 14.  | 現在妊娠していますか。  | はい                                       | いいえ |       |
| 15.  | その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。                  |  |     |       |

|  |              |
|--|--------------|
| 医師の記入欄： 以上の問診及び診察の結果、<br><br>今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )<br><br>本人に対して、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。 | 医師の署名 または 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を希望しますか<br><br>(接種を希望します・接種を希望しません) | 本人の署名 |
|--|-------|

\*ヘパタボックスに限り、ラテックス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、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見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、メロンなど)にアレルギーがある場合はご相談ください。

# B型肝炎ワクチンの接種について

## 【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（キャリア）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である場合、妊娠中あるいは、多くは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。

成人がウイルス感染を受けると、約20～30%の人が急性肝炎として発病します。その予後は一般に良好ですが、約1%は劇症肝炎となり、そのうち約6～7割は死亡します。

## 【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。その他、発熱、発疹、湿しん、そう痒、じんましん、関節痛、筋肉痛、関節炎、肩こり、背部痛、AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTPの上昇等、嘔気、下痢、食欲不振、嘔吐、腹痛、頭痛、眠気、めまい、痙攣、しびれ感、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、口唇浮腫、蕁麻疹等）、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又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. かぜなどの症状が出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疹、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人
6. 今までにひきつけ（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がある人
8. 妊婦又は妊娠の可能性のある人
9. 血小板減少症、凝固障害のある人、抗凝固療法を施行している人（注射部位の出血のおそれがある）

## 【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、医師とすぐに連絡を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な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。激しい運動は避けましょう。
4. 万一、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。