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。

【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適当と判断した人

【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．薬の投与又は食事で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
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のある人
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（筋肉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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月　日（　）です 当日は受付に 時　分頃 おこし下さい	

Meiji Seika ファルマ株式会社　　KMバイオロジクス株式会社

B型肝炎ワクチン　予防接種予診票

任意接種用

＊接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。
＊お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

住　　所		男・女	電話（　　）　　—
ふりがな 受ける人の氏名			生年月日　　年　月　日生 （満　歳　ヵ月）
保護者の氏名			診察前の体温　　度　分

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
1．今日受けるB型肝炎ワクチンの接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
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 具体的な症状を書いて下さい（　　）	はい	いいえ	
4．現在、何かの病気で医師にかかっていますか　はい　病名（　　） ・その場合、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　はい・いいえ	いいえ		
5．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	
6．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	
7．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	
8．ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10．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	
11．１カ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	
12．１カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいますか　病名（　　）	はい	いいえ	
13．（女性の方に）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
14．（接種を受けられる方がお子さんの場合） 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．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			

医師記入欄：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、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・接種年月日	
ビームゲン（組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来））		□ 0.5mL（10歳以上）（皮下・筋肉内接種） □ 0.25mL（10歳未満）（皮下接種）	実施場所 医師名 接種年月日	年　月　日
メーカー名	KMB			
Lot. No.				
カルテNo.				

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。