

B型肝炎(ビームゲン)ワクチン予防接種 予診票

住所		電話	()
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			(満 歳 ヶ月)
(未成年の場合) 保護者の氏名		性別	男 ・ 女
		体温	度 分

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、説明文を読み理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受ける予防接種は何回目ですか。	()回目 前回の接種は(月 日)		
3. 今日、具合の悪いところはありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
5. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他病気にかかり、医師の診察をうけたことがありますか。	はい 病名()	いいえ	
※【はい】と答えた方のみ その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けていいと言われましたか。	いいえ	はい	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいらっしゃいますか。	はい	いいえ	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい ()回くらい 最後は()年()月頃	いいえ	
8. 薬や食品で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい 薬または食品の名前()	いいえ	
9. 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。	はい 症状() ワクチン名()	いいえ	
10. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい ワクチン名()	いいえ	
11. 1か月以内に周囲で麻疹、風疹、水疱瘡、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか。	はい 病名()	いいえ	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	
13. (接種を受けるのがお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に()	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いてください。			

※接種者署名※

今回の予防接種の目的と効果、副反応の可能性、輸入ワクチンの救済措置について同意した上で、今回の予防接種を希望しますか。

(はい ・ 延期します) 署名(本人または保護者) _____

医師記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)

本人あるいは保護者に対して予防接種の効果・副反応および予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師署名 _____

使用ワクチン	接種量	接種部位	実施期間・医師名・接種日時
ビームゲン <small>(組み換え沈降B型肝炎ワクチン-酵母由来)</small>	ml	皮下 筋肉内接種	MYメディカルクリニック
ロットシール貼付欄	メーカー 化学及血清療法研究所		医師名 接種日時 年 月 日

B型肝炎ワクチンの接種について

B型肝炎の予防接種実施にあたって、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。

予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。

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の方がご記入ください。

【B型肝炎について】

B型肝炎ウイルスは、慢性持続性感染を引き起こし、肝細胞がん・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。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病します。その後は一般的に良好ですが、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】

組み換え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。その他、発熱、発疹、嘔吐、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の可能性もあります。このような健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人医療機器総合機構法に基づいて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℃を超える人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかでない人
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適当と判断した人

【予防接種を受けるにあたり、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. 風邪などのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常が見られた人
5. 薬の投与また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後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取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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
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。