

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、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ご高齢もしくは未成年者の方などでご自身の記入が難しい方が接種を希望されている場合には、健康状態をよく把握しているご家族など代理人の方がご記入ください。なお、原則として接種される方の接種希望確認ができない場合は接種できませんので予めご了承ください。

(I) 接種対象について

B型肝炎ウイルス保有者(特にHBe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。

(II) 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。

【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。
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のある方
- ・ 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. からだの具合の悪いときは接種を受けないでください。
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. 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。)
2. 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。
3. 接種後は自らの健康管理に注意し、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型肝炎ワクチン(ヘプタバックス®-II) 接種予診票

医療機関控 複写①

接種希望される方へ:太ワク内にご記入ください。

なお、ご記入いただいたご氏名・ご住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、予防接種に係る予診の目的にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

予防接種を受ける人の名前	男 女	診察前の体温			度			分		
		生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日	(満 歳 か月)		
保護者氏名 (未成年者接種時)	住所:		電話:() -							

質問事項(あてはまる項目を○で囲んでください)

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だ理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい 症 状 ()	いいえ	
3. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい 病 名 ()	いいえ	
4. 生まれてから今までに心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか	はい 病 名 ()	いいえ	
["はい"の場合] 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	
5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい 時 期 () 歳	いいえ	
6. 今までに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 薬・食品名 ()	いいえ	
7. 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	
8. 今までに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名 ()	いいえ	
9. 1カ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	
10. 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	
11. 現在、妊娠していますか。又はその可能性がありますか。	はい	いいえ	
12. その他、医師に相談したいことがあれば記入してください。			
13. 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。 <p style="text-align: center;">医師署名</p>			

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	
ヘプタバックス®-II (組換え沈降 B型肝炎ワクチン(酵母由来))		0.25/0.5mL	実施場所	
メーカー名	MSD 株式会社	(皮下/筋肉内)	医師名	
Lot. No.			接種日	
カルテ No.			平成 年 月 日	