

# A型肝炎ワクチンの接種について

A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。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。

## 【A型肝炎について】

A型肝炎ウイルスの経口感染によって発症する急性肝炎で冬から春に多く発生がみられます。小児では感染しても症状が出ない不顕性感染で終わることが多く、発症しても発熱、軽い黄疸をみる程度ですが、成人ではほとんどが発症し、38℃以上の発熱、全身倦怠感、下痢、黄疸の症状が現れ、完全に治癒するまでには1～2カ月の治療を要する疾患です。まれに劇症肝炎や急性腎不全を引き起こすことがあります。

日本では近年、生活環境の整備により患者発生が激減したことにより、感染の機会が減少し、その結果として2018年現在、50歳以下の世代ではA型肝炎に対する免疫がほとんどみられなくなりました。A型肝炎が流行している地域や、海外のA型肝炎常在地への旅行・出張等長期滞在の場合などにワクチン接種が勧められています。食品を取り扱う人々の感染予防、感染の拡大予防にも接種が勧められます。

## 【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、A型肝炎ウイルスを培養細胞で増殖させ、それを精製、不活化したものです。基礎免疫をつけるには一定の間隔で2～3回の接種が必要です。副反応は、注射部位の疼痛、発赤、そう痒感、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、圧痛などがあります。その他、発熱、倦怠感、頭痛、頭重感、下痢、熱感、全身筋肉痛などがあらわれることがあります。

これまでに重篤な副反応の発生は認められていませんが、このワクチン接種によって、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℃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な人
3. 過去にA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のある人
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のある人
8. 妊婦又は妊娠の可能性のある人

## 【予防接種を受けた後の注意】

1. A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下さい。

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

# A型肝炎 予防接種予診票

\*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をご記入下さい。

|                 |  |             |          |                    |
|-----------------|--|-------------|----------|--------------------|
| 住 所             |  | 男<br>・<br>女 | 電話 ( )   | —                  |
| ふりがな<br>受ける人の氏名 |  |             | 生年<br>月日 | 年 月 日生<br>(満 歳 カ月) |
| ふりがな<br>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. 今日受ける予防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<br>具合の悪い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。<br>・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。<br>・その病気の主治医には、<br>今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい 病名 ( )<br>はい・いいえ<br>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<br>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<br>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言われましたか  | 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 |       |
| 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<br>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<br>予防接種名 ( )   | はい                            | いいえ |       |
| 12. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、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)<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。<br>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) 医師の署名又は記名押印  
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・接種日時 |   |   |
|--------------------------|---------|------------------------------|---------------|---|---|
| エイムゲン(乾燥組織培養不活化A型肝炎ワクチン) |         | 皮下・筋肉内<br>接種<br><br>0.5 (mL) | 実施場所          |   |   |
| メーカー名                    | 化血研/KMB |                              | 医師名           |   |   |
| Lot No.                  |         | 接種日時                         | 年             | 月 | 日 |
| カルテNo.                   |         |                              | 時             | 分 |   |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に關してのみ使用致します。