

B型肝炎ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

診察前体温: 度

* 接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

| | | |
|---------|-----|-------------------------|
| 住所 | | TEL() — |
| フリガナ | | 生年月日 |
| 受ける人の氏名 | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| 保護者の氏名 | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|--------------------------------------|-----|-------|
| 1. 今日受けられる予防接種について、裏面の説明文を読んで理解して頂けましたか？ | いいえ | はい | |
| 2. B型肝炎ワクチン接種を、過去に受けていますか？ | いいえ | はい | |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか？ | ある(具体的に) | ない | |
| 4. 現在、何かの病気(気管支喘息など)で医師にかかっていますか？ | はい(病名) 薬を飲んでいますか？ (いる ・ いない) | いいえ | |
| 5. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？ | はい(病名) | いいえ | |
| 6. 1ヶ月以内に下記のいずれかの予防接種を受けましたか？ 麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘・BCG・ポリオ・黄熱 | はい (予防接種名:) | いいえ | |
| 7. 1週間以内に不活化ワクチン(質問6以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか？ | はい (予防接種名:) | いいえ | |
| 8. 近親者に先天性免疫不全と診断された人はいますか？ | はい | いいえ | |
| 10. 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: 回くらい 最後は 年 月頃 | ない | |
| 11. 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ | ある(薬又は食品の名前) | ない | |
| 12. 今までに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことはありますか？ | ある (予防接種名・症状) | ない | |
| 13. 今までに特別な病気(心臓血管・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？ | はい(病名) | 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があれば、具体的に記入してください。 | | | |

医師記入欄: 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

本人及び保護者に対して、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。

医師署名

加茂 和敏

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等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)

本人の署名(または保護者の署名)

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---------------------------------|------------|--|
| 組換え沈降B型肝炎ワクチン「ビームゲン」 Lot No. | 筋注接種 mL | 実施場所: かも内科消化器科クリニック 医師名: 加茂 和敏 接種日時: |

* 記載頂きました個人情報、ワクチン接種の予診にのみ使用いたします。

B型肝炎ワクチン予防接種説明書

【 B型肝炎とは？ 】

B型肝炎はほぼ全世界に存在しますが、中国アジア地域、アフリカ、南米および北米の一部に特に多く見られます。感染源は主にキャリア（ウイルス保持者）の体液、血液です。衛生管理が悪い国で医療を受けた場合、注射針などの器具を介して感染する可能性があり、他に刺青や性的交渉等でも感染しますが通常の接触では感染しません。成人が感染した場合、通常は無症候性もしくは急性の肝障害（黄疸、食欲不振、倦怠感等）を経て治癒し、麻疹や水疱瘡などと同じように治癒した後はB型肝炎に対する免疫が保持されますが、B型肝炎ウイルスの遺伝子型によっては初感染からキャリア化するものもあります。感染後の経過中に劇症化して死に至ることも（劇症急性B型肝炎）あるので、感染は絶対避けるべき疾患です。キャリアは主に母子感染（垂直感染）にて成立しますが、日本では母児感染予防法により出生児に免疫グロブリンとワクチン接種が行われており、現在垂直感染は駆逐されつつあります。しかし発展途上国ではいまだ頻度の高い感染症であり、海外渡航時は接種することを強くお勧めします。

【 ワクチン接種対象者 】

- ・海外渡航する接種希望者
- ・配偶者または婚約者がキャリア・B型肝炎患者の場合
- ・キャリア、B型肝炎患者の介護に当たっている親族

この場合は、患者と同居している方の場合に限りB型肝炎ワクチン接種費用の医療費控除が受けられます。

【 ワクチン接種の間隔 】

B型肝炎ウイルスキャリアとの濃厚接触のある方は、初回接種前に抗原・抗体検査を行う必要があります。抗原・抗体ともに陰性であれば初回接種を行います。2回目は初回から4週後に行い、さらにその4週間後に抗体検査を行います。この時点で無抗体又は低力価の場合は3回目を接種します。中力価以上の抗体があれば、2回目から6ヶ月後に3回目を接種します。3回目接種後1ヶ月で抗体検査を行い、低力価以下であれば追加接種を検討します。

【 予防接種を受けることができない人 】

1. 接種直前の体温が37.5℃を超えている人
2. 重篤な急性疾患（肺炎、腎盂腎炎、急性肝炎など）にかかっていることが明らかな人
3. 自己免疫病などでステロイドホルモン剤や免疫抑制剤の投与を受けている人
4. 過去にB型肝炎ワクチン接種を受けて、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。
5. 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ければならない人 】

1. 風邪などのひきはじめと思われる人
2. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんま疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
3. 薬の投与又は食事で皮膚に発疹が起きたり、体に異常をきたしたことがある人
4. 今までにけいれんを起したことがある人
5. 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

【 ワクチン接種後の注意 】

1. B型肝炎ワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種後は30分ほど待合室でお待ちください。
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ることはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位の清潔を保ち、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、高熱やけいれん等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。
5. 接種後3週間は、発熱などの副反応に注意してください。
6. 接種後に注射部位のひどい腫れや高熱などの症状を認めた場合は、当院を受診してください。

| あなたの接種予定日は | 医療機関名 |
|---------------------------------------|---------------|
| 月 日()です。 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい | かも内科消化器科クリニック |