

# B型肝炎 予防接種予診票

1回目 2回目 3回目

- \* 事前に説明を読み予診票の太枠内を記入してください
- \* 治療中の疾患がある方や妊娠中の方は主治医の許可を得てください

大分大学保健管理センター 挟間健康相談室

学科	学年	学籍番号	被接種者氏名	生年月日
医・看 医修・看修・博	年		フリガナ	西暦
			男 女	年 月 日 ( 才)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 本日の体温は何度でしたか	度 分		
2. 今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	はい	いいえ	
3. (女性の方に)現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
4. 妊娠中の方は主治医の許可をもらっていますか	はい	いいえ	
5. 今日、からだに具合の悪いところがありますか 【症状】	はい	いいえ	
6. 最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 【病名】	はい	いいえ	
7. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 【予防接種名 いく】	はい	いいえ	
8. 糖尿病、慢性呼吸器疾患、高血圧、心臓病、腎臓病、その他の病気で医師の診察を受けていますか【病名】	はい	いいえ	
9. 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もよいと言われましたか	はい	いいえ	
10. 薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
11. 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】	はい	いいえ	
12. 1ヶ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか【病名】	はい	いいえ	
13. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

## 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 )  
 予防接種の効果、副反応、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。

医師サインまたは記名押印 \_\_\_\_\_

予防接種の効果や目的、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、  
 医師の診察・説明をきいて接種を希望しますか ( 接種を希望します ・ 希望しません )

本人サイン \_\_\_\_\_

使用ワクチン	用法・用量 皮下注射 ・ 0.5ml	大分大学保健管理センター 挟間健康相談室 医師名: 加隈 哲也 実施日:
--------	-----------------------	---

## 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、予約票にできるだけ詳しくご記入ください。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。

### 【特徴と副反応について】

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。通常、B 型肝炎の予防を目的として、初回、1カ月目（初回接種後 4 週）、6カ月目（初回接種後 20～24 週）の 3 回接種を行います。主な副反応としては、注射部位の疼痛、発赤、そう痒感（かゆみ）、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、熱感、発熱、倦怠感、手の脱力感等があります。また、非常にまれですが、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、脊髄炎、視神経炎、ギラン・バレー症候群、末梢神経障害が起こる可能性があります。何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出てください。

### 【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、接種を行ってはいけません。

1. 明らかな発熱を呈している方
2. 重篤な急性疾患に罹っていることが明らかな方
3. 本剤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

### 【次の方は接種前に医師にご相談ください】

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方
2. 予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
3. 過去にけいれんの既往のある方
4. 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
5. 本剤の成分（詳しくは医師にお尋ねください）に対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. 妊婦又は妊娠している可能性のある方

### 【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（インフルエンザ等）の接種を受けた方は、通常、6 日以上間隔を置いて本剤を接種してください。

### 【接種を受けるときの注意】

1. 体の調子の良い時にだけ受けてください。
2. 体温は接種を受ける日に必ず計ってください。

### 【接種後の注意】

1. 接種後 30 分間はアナフィラキシーなどの急な副反応がおこることがありますので、医療機関にいるなど、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしてください。
2. 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。）
3. 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。
4. 接種後は健康管理に注意し、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受けてください。