Vaccine Screening Questionnaire for Hepatitis B

 $\square 2^{nd}$ dose

 \square 3rd dose

 $\square 1^{st} dose$

lines l	oeforehand				uenza" on the reverse side, an	-			
* II you	ding physic	edicai cor cian.	laition under treath	nent or	are pregnant, please obtai	_		-	
	_	I		l				er, Oita University	
Affi	Affiliation Grade Student ID number Name of person receiving vacci			me of person receiving vaccina	ation		Date of birth		
医・	看 • 先						(YYYY	Y/MM/DD)	
	· 博士							/ /	
1.7	Gender (Male					Female)	Age	()	
Questions							column	Physician's comments	
1. Body	temperatu	re before	e interview.				. ℃		
2. Have	you read t	he direct	ions about today's v	accinat	tion?	Yes	No		
3. (For	woman) Is	there an	y possibility you mig	ght be p	oregnant?	Yes	No		
4. If yes	s, did your a	attending	g physician obtain a	permis	ssion to take vaccination?	Yes	No		
5. Do vo	ou have any	unfavoi	rable condition toda	v?					
	e write the spe			<i>3</i>	1	Yes	No		
			n the past month?						
	of disease [P		1	Yes	No		
7. Have	you been v	accinate	ed in the past month	1?					
					Pate of vaccination [/]	Yes	No		
8. Currently, do you have a specific disease such as diabetes mellitus, chronic respiratory diseases, hypertension, cardiac disease, kidney disease, or any other disease for which you consult a physician? Name of disease []					Yes	No			
9. Are you obtained a permission to take vaccination by attending physician?					Yes	No			
10. Have you ever developed drug-/food- related exanthema/urticaria or showed an unfavorable condition?					Yes	No			
11. Have you ever felt sick after receiving vaccination?					Yes	No			
Name of vaccination/symptom [
12. Has any one of your family members been sick with measles, rubella, chickenpox, mumps, etc. within the past month? Disease name []					Yes	No			
13. Do you have any questions about the vaccination today?					Yes	No			
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									
The nh	vsician exa	mined v	ou and explained v	ou aho	ut the effect, purpose, and	d risk of	f seriou	s side reaction of	
vaccination as well as the relief based on the Act on Pharmaceuticals and Medical Devices Agency. After you have understood the explanation, do you still wish to receive vaccination?									
(I want vaccination / I don't want vaccination)									
Signatu	re of perso	n in ques	stion (or his/her par	ent, etc	2.)				
休田口 <i>5</i>	フエヽ ,		用法 ・ 用量		大分大学保健管理センター挾間健康相談室 医師名: 髙野 正幸 実施日:				
使用ワクチン	,,,,		皮下注射 • 0.5ml						

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挾間健康相談室

学 科	学 年	学籍番号	被接種者氏名		生 年	月日	
医・看・先			フリカ゛ナ	西暦			
と	年		男		年	月	日
			女		(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	はい	いいえ	
	【症状 】	160.	0.0.7	
6.	最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
	【病名	160.	0.0.7	
7.	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
	【予防接種名 いつ 】	140,	6,6,7	
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	1+1 >	いいえ	
	の診察を受けていますか【病名	はい	6,6,7	
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	はい	いいえ	
	ましたか	140,	0.0.7	
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	はい	いいえ	
	【予防接名 】	140,	0.0.7	
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	はい	いいえ	
	の病気の方がいましたか【病名 】	140,	0.0.7	
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	汝済(こついて説明	した。
医師サインまたは記名押印					

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挾間健康相談室 医師名: 高野 正幸 実施日:					

Hepatitis B vaccination

Before being vaccinated against Hepatitis B, it is necessary to know the physical condition of the recipients.

Therefore, please fill in the screening questionnaire items as completely as possible.

Please note that, generally, vaccination is available only when the request for vaccination is confirmed.

[Characteristics and side reactions of vaccine]

This is a hepatitis B vaccine produced by utilizing recombinant gene technology. In general, vaccination is conducted 3 times, at the initial time, after 1 month (after 4 weeks from initial vaccination), and after 6 months (after 20-24 weeks from initial vaccination), for the prevention of hepatitis B.

Major side reactions are pain at the injection site, redness, pruritus (itching), swelling (puffiness), induration (lump), a hot feeling, fever, malaise, ataxia of the hand, etc. In very rare cases, shock, anaphylaxis-like symptoms (blood pressure decrease, dyspnea, facial pallor, etc.), multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis, myelitis, optic neuritis, Guillain-Barre syndrome, and peripheral nerve disorders may occur. If you become aware of anything abnormal, you should immediately notify a physician.

[Those who correspond to the following should not receive vaccination]

- 1. Those who clearly have a fever. (Fever above 37.5°C in general)
- 2. Those who have a serious acute disease.
- 3. Those who have clearly suffered anaphylaxis from an ingredient of this drug (ask the physician for details)
- 4. In addition to the above, those who are in a condition unacceptable for vaccination.

[Those who correspond to the following should consult a physician before vaccination]

- 1. Those with underlying diseases such as cardiovascular disease, renal disease, hepatic disease, blood disease, growth disorder, etc.
- 2. Those who have had a fever or demonstrated a symptom suggesting an allergic reaction, including a systemic rash, etc. within 2 days after vaccination.
- 3. Those who have ever had a history of convulsions.
- 4. Those who have been diagnosed with immunodeficiency in the past and those whose close relative has congenital immunodeficiency.
- 5. Those who may have a risk of allergic reaction to an ingredient of this drug (ask the physician for details).
- 6. Women who are pregnant or possibly pregnant.

(Precautions when receiving vaccinations)

- 1. You receive vaccinations only when you are in good physical condition.
- 2. The body temperature should be checked on the day of vaccination.

[Cautions after vaccination]

- 1. An acute side reaction such as anaphylaxis, etc., may occur within 30 minutes after vaccination. Therefore, you should remain in the medical organization, etc., and observe your condition so as to immediately contact the physician.
- 2. Please avoid high-intensity exercise on the day of vaccination. (You can bathe on the day of vaccination, but do not scratch the injected site.)
- 3. Sometimes you have a fever, or the vaccinated site becomes swollen or turns red after vaccination. However, these symptoms are generally mild and disappear within several days.
- 4. You should pay attention to your health after vaccination, and if you notice a high fever, change in physical condition, or localized abnormal reaction, you should immediately consult a physician.

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、予診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

【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。