



B型肝炎ワクチンの接種をご希望の方に

B型肝炎ワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明書をお読みになり、「B型肝炎ワクチン接種予診票」に詳しくご記入の上、医師の診察を受けてください。

当院では供給が不安定になった場合に備え、KMB社製のビームゲンとMSD社製のヘプタバックスーIIを採用しており、2回目・3回目の接種が1回目に接種したワクチンと異なる場合があります。

ワクチンの効果と副反応

B型肝炎の予防を目的としたワクチンです。基礎免疫をつけるには一定の間隔で3回の接種が必要です。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、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。

予防接種を受けることができない方

- (1) 明らかに発熱（通常37.5℃以上）している方
- (2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 過去にB型肝炎ワクチンの成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方
 - ※他の医薬品でアナフィラキシーを起こした方は、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
 - ※ビームゲンのバイアルのゴム栓に天然ゴムが含まれており、ラテックス過敏症の方が接種を受けるとアレルギー反応があらわれる可能性がありますので、予め医師に相談してください
- (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方

予防接種を受ける前に主治医への相談が必要な方（事前に主治医に確認してください）

- (1) 心臓血管系・腎臓・肝臓・血液などの基礎疾患のある方
- (2) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
- (3) B型肝炎ワクチンの成分に対して、アレルギーを起こすおそれのある方
- (4) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- (5) 過去に免疫不全と診断された方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6) 血小板が少ない方や出血しやすい方（※筋肉注射部位の出血のおそれがあるため皮下注射推奨）
- (7) 妊婦または妊娠している可能性のある方、授乳中の方
 - ※接種後は2ヶ月の避妊期間を設けることが推奨されます
- (8) 最近1か月以内に予防接種を受けた方

予診の結果、安全性に懸念があり、ワクチンを接種できないことがあります

接種後の注意

- ① 接種後に失神が起こることがあるので、接種後30分程度は、接種施設で背もたれのある椅子にゆっくり腰掛けて、体調の変化がないことを確認してから帰宅しましょう。
- ② 接種当日は激しい運動を避け、接種部位を清潔に保ってください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- ③ 接種後に接種部位の異常な反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- ④ 本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が支給される場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

接種 予定日	1回目	20	年		月		日		時		分頃	医療 機関名	公立学校共済組合 近畿中央病院
	2回目	20	年		月		日		時		分頃		
	3回目	20	年		月		日		時		分頃		



B型肝炎ワクチン接種予診票

(ビームゲン・ヘプタバックス-Ⅱ)

3枚

不活化

皮下注射※

任意/自費

※基本的に皮下接種、1シーズン(3回)接種で抗体が獲得されず2シーズン目の接種となり被接種者の希望がある場合は筋肉接種検討

*接種希望の方は、**太ワク内**にご記入ください

予診前の体温	℃ (病院で接種前に検温)	カルテ No.	
回数	□1回目 → (1ヶ月) → □2回目 → (4~5ヶ月) → □3回目		
住所	〒 - 電話番号 () -		
フリガナ	□男	生年月日	明大昭平 年 月 日
受ける人の氏名	□女		(満 歳)

質問事項	回答		医師
今日受ける予防接種について説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
成人後、三種混合ワクチン・四種混合ワクチンを接種しましたか	はい ↓何歳頃 () 歳頃	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい ↓病名・具体的な症状 ()	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診察を受けていますか	はい ↓病名 ()	いいえ	
※その病気の主治医には、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		
けいれんを起こしたことがありますか	はい () 歳頃	いいえ	
※その時、熱は出ましたか	はい ・ いいえ		
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい ↓薬の名前・食品名 ()	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
最近1か月以内にご自身、家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血・ガンマグロブリン注射を受けましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
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 ↓予防接種名・症状 ()	いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい ↓質問 ()	いいえ	

医師記入欄：以上の予診および診察の結果、今日の予防接種は、**(実施できる・見合わせた方がよい)**と判断します。
 本人(もしくは代理人)に対して予防接種の効果・副反応および医薬品副作用被害救済制度に基づく救済等について説明しました。

予診した医師署名

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度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。
 (はい ・ いいえ)

本人または代理人の署名

 代理人の場合：関係 ()

使用ワクチン	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日
ビームゲン KMバイオロジクス、Meiji Seikaファルマ ヘプタバックス-Ⅱ MSD 製造番号： _____	<input type="checkbox"/> 皮下注射 0.5mL <input type="checkbox"/> 筋肉注射 0.5mL (左 ・ 右)	実施場所：兵庫県伊丹市車塚3-1 公立学校共済組合近畿中央病院 医師名： _____ 接種日： 20__年__月__日

ワクチン外来 → 会計窓口2 (ビームゲン：74814・ヘプタバックス-Ⅱ：74874) → 外来係長