

B型肝炎母子感染予防接種予診票

新生児・乳児用

*接種を希望される方へ：太枠内 の箇所にもれなくご記入ください。

| | | | | | | |
|---------------------|--|---|-----|--------|-----|-------|
| 住所 | | 〒 | - | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| (フリガナ) 予防接種を受ける人の氏名 | | | 男・女 | 電話番号 | () | — |
| (保護者) 氏名 | | | | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | | | | | (満 | 歳 カ月) |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|-----|-----|-------|
| 1. B型肝炎の予防接種について説明文を読んで理解しましたか | いいえ | はい | |
| 2. 妊娠中に異常がありましたか あれば具体的に書いて下さい () | はい | いいえ | |
| 3. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。 | はい | いいえ | |
| 4. 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 | |
| 5. お子さんの予防接種について質問がありますか。 あれば具体的に書いて下さい () | はい | いいえ | |

2回目以降の接種時の場合は、6~12にもご記入ください。

| | | | |
|---|----|-----|--|
| 6. あなたのお子さんについておたずねします 在胎週数 () 週 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか お子さんの健診で異常があるといわれたことがありますか | はい | いいえ | |
| 7. お子さんの体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい () | はい | いいえ | |
| 8. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、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 | |
| 9. 1ヵ月以内にお子さんが予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 10. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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 病名 () 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いわれましたか | はい | いいえ | |
| 11. お子さんがひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (満 月 又は生後 日) そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |

12. その他、お子さんの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

以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。
保護者に対し、予防接種の効果、副反応およ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ました。
医師の署名または記名押印 []

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応及び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ました。
以上の内容に同意し、接種を希望（します・しません）。
保護者署名 []

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|--|----------------|---------------|
| へプタックス®-II 水性懸濁注シリンジ 0.25mL (組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来)) | 皮下接種 0.25mL | 実施場所: |
| メーカー名 Lot. No. | | MSD 株式会社 |
| | | 医師名: |
| | | 接種年月日: |

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記入いただきました個人情報、予防接種に関する予診のみに使用します。

お子さんのB型肝炎母子感染予防について（日本小児科学会の考え方）

B型肝炎の予防接種を実施するに当たって、特に医学的に問題のない元気なお子さんで、医師が接種可能と判断したら、出生後できるだけ早く（12時間以内）にB型肝炎ワクチンとHBグロブリン（B型肝炎に対する抗体をたくさん含んだグロブリン）を接種します。

出生後12時間を過ぎても接種は可能ですが、その場合でも生後5日以内の接種が勧められています。時間的に余裕のある出産前に以下をよくお読みください。また、**B型肝炎ワクチンは生後1ヵ月、6ヵ月にも接種しますので、忘れずに受診してください。**

【接種対象】

妊娠中の検査により、あなたはB型肝炎ウイルスを持っているという結果になりました。妊娠中や出産時に母親の血液がお子さんにふれることによってウイルスが感染することがあります。特に乳児期にお子さんがB型肝炎ウイルスに感染すると高率にキャリア化（B型肝炎ウイルスを常に体の中に持った状態）し、将来の慢性肝炎、肝硬変、肝がんのリスクとなるため、ワクチンとHBグロブリンで予防することが重要です。また各国の予防接種ガイドラインにおいても新生児、乳幼児、小児の方に幅広く接種が推奨されています。

【ワクチンの特徴と効果】

遺伝子組換え技術を応用して製造されたB型肝炎ワクチンで、広く国内でも使われています。母子感染予防に用いられた場合のキャリア化予防率は高く、あらかじめB型肝炎ワクチンを接種して免疫が獲得されていると、肝炎のキャリア化が防御されると報告されています。

【ワクチンの副反応】

主な副反応としては、発熱、発疹、倦怠感及び注射部位の疼痛、発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）等があります。また、きわめてまれな頻度ではありますが、強いアレルギー症状（ショック、アナフィラキシー様症状）などを起こしたという報告があります。もし接種後に心配な症状がみられた場合は、接種を受けた医師あるいはかかりつけの小児科医に相談してください。

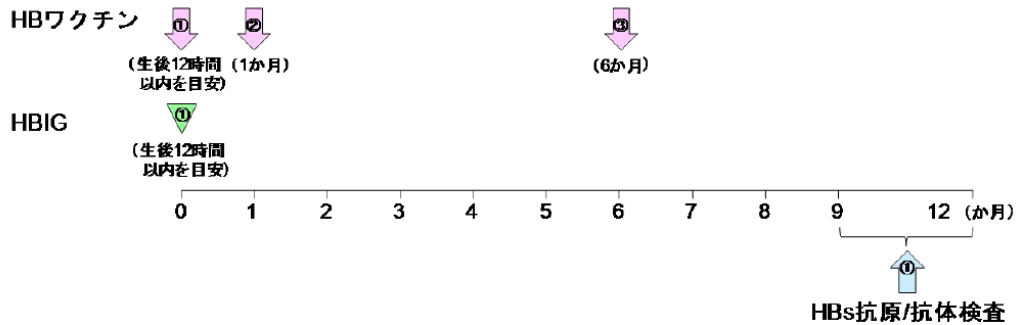
なお、入院が必要な程度の疾病や障害などが生じた場合については、「医薬品副作用被害救済制度」の対象になる場合があります。詳しくは、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

（参考：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用被害救済制度相談窓口

電話：0120-149-931（フリーダイヤル） ホームページ：https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html）

【接種のスケジュール】

まず生まれてすぐに、お子さんにHBグロブリンの投与とワクチン接種を行います。**B型肝炎ワクチンは出生直後、生後1ヵ月、6ヵ月の3回必ず接種してください。ワクチン接種を行う産科や小児科の医師にわかるように、接種記録を母子手帳に記載することが推奨されています。**



（このスケジュールは標準的なB型肝炎の予防方法です。実際にはお子さんの状況に応じて、HBグロブリンやワクチンの追加が必要な場合もあります。この場合は医師の指示に従ってください。）

【接種が不適当な方（予防接種を受けることが適当でないお子さん）】

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を受けてはいけません。

1. 明らかな発熱を呈している方。（37.5℃を超える方）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. B型肝炎ワクチン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。

【予防接種を受ける前に、医師とよく相談する必要があるお子さん】

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気にかかっている方
- ・予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた方及び発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・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方
- ・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方
- ・そのほか、医師、保健師の指導を受けている方

【他のワクチンとの接種間隔】

令和2年10月1日より、本ワクチンと他の種類のワクチンとの接種間隔の制限はなくなりました。

【接種を受けるときの注意】

1. からだの具合の悪いときは接種を受けないでください。
2. 接種を受ける前に、必ずお子さんの体温を計りましょう。

【接種後の注意】

1. B型肝炎ワクチン接種後30分間は、様子を観察し、医療スタッフとすぐに連絡をとれるようにしてください。
2. 接種当日の沐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うけてください。