

B型肝炎ワクチン（ヘプタバックス® II）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、予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

○ワクチンの特徴と副反応

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。

○次の方は接種を受けないでください

1. 明らかな発熱を呈している方（通常は、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. 本剤の成分（詳しくは医師にお尋ねください）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婦人

○他のワクチンとの同時接種

医師が必要と認めた場合には、他の種類のワクチンと同時に接種することができます。

○ワクチン接種後の注意

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。

接種予定日	月	日（ ）	医療機関名	
	時	分頃		

【参考】

B型肝炎ワクチン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」により治療費等を受け取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。

【医薬品副作用被害救済制度】

医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

問い合わせ先は下記のとおりです。

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） URL：https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

B型肝炎ワクチン（ヘパタックス®-II）接種予診票（任意接種用）

*接種希望の方あるいは保護者の方へ：太ワク内 の箇所にもれなくご記入ください

ふりがな		男 ・ 女	診察前の体温	度 分		
受ける人の氏名			生年 月日	年	月	日生 (満 歳 九月)
			住 所			
保護者の氏名 (未成年者接種時)			電話番号	()	—	

* 太ワク内の回答欄にもれなくご記入ください。

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける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. 今日受けるB型肝炎ワクチンの予防接種は何回目ですか	()	回目	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、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	
6. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
7. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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 ()	はい	いいえ	
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	
8. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（最後は 年 月頃）	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10. 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	
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・症状 ()	はい	いいえ	
12. 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	
13. （お子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いてください ()	はい	いいえ	
14. （女性の場合）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
16. その他、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ください _____			
17. 医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 本人（もしくは保護者）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 _____			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、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、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（もしくは保護者）の署名 _____

使用ワクチン名 組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来)	用法・用量		実施場所・医師名・接種日		
	10歳未満 皮下のみ	10歳以上 皮下又は筋肉内	実 施 場 所	医 師 名	接 種 日
ヘパタックス®-II 水性懸濁注シリンジ 0.25mL・0.5mL	<input type="checkbox"/> 0.25mL	<input type="checkbox"/> 0.5mL			
メーカー名 Lot.No. カルテNo.	MSD 株式会社 注：有効期限が切れていないか確認してください				年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します