

B型肝炎ワクチン予防接種説明書

(※予防接種の重要な情報です。裏面にも注意事項がありますので必ずお読みください。)

この予防接種は、1歳に至るまでに完了することになっており、定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合は、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。

その場合、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、法に基づく救済を受けられません。

なお、B型肝炎ウイルス母子感染予防の対象者として、健康保険の給付によりB型肝炎ワクチンを接種した人は、定期接種の対象にはなりません。

1 B型肝炎とは

B型肝炎は、B型肝炎ウイルス感染者の血液や体液からウイルスに感染することによって発生する肝臓の病気です。

B型肝炎ウイルスに感染すると、ウイルス感染が続いた状態（キャリア）となることがあり、慢性肝炎の原因となります。慢性肝炎を発症すると、長期にわたる治療を必要とし、肝硬変や肝がんなどの命に関わる病気を引き起こすことがあります。

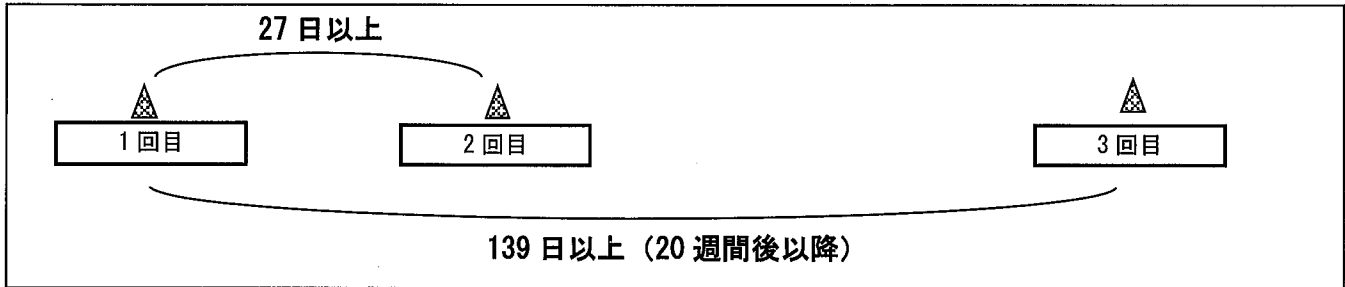
乳幼児がB型肝炎ウイルスに感染すると、大人が感染したときに比べてキャリアになる危険性が高くなります。

2 B型肝炎ワクチンの接種方法

(1) 使用するワクチン

組換え沈降B型肝炎ワクチン

(2) 接種方法



・ 3回目の接種は、1回目から139日以上の間隔をおく必要があります。

予防接種名	法律等で定められている接種方法	法律等で定められている期間	標準的な接種時期 (望ましい時期)
B型肝炎	2回目：1回目から27日以上の間隔をおく。 3回目：1回目から139日以上の間隔をおく。	1歳に至るまで (1歳の誕生日の前日まで)	生後2か月から生後9か月に至るまでの間

(3) 定期予防接種の対象外となる人

- ・ B型肝炎ウイルス母子感染予防の対象者として、健康保険の給付により抗HBs人免疫グロブリンの投与に併せて、B型肝炎ワクチンを接種したことがある人
- ・ 定められた接種方法（接種時期や接種間隔）が守れなかった人

3 B型肝炎ワクチンの副反応

【重大な副反応】

まれにショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）、多発性硬化症（視力障害、四肢の麻痺、感覚障害等）、急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群が現れることがあります。また、脊髄炎、視神経炎、末梢神経障害が現れることがあります。

【その他の副反応】

- ・注射部位：痛み、腫れ、しこり、発赤、かゆみ、熱感等
- ・全身反応：発熱、発疹、かゆみ、関節痛、眠気、めまい、下痢、嘔吐等

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ 受けるべき予防接種の接種液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場合

「アナフィラキシー」とは、通常接種後約 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。

発汗、急に顔が腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい全身反応のことです。

- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

また、任意接種により健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一（医療費・医療手当・葬祭料については同程度）となっています。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください。

6 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 28 日間は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日は、いつもどおりの生活で構いませんが、激しい運動は避けましょう。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありません。
- (4) 接種後、注射部位のひどいはれ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、医師の診断を受け、その場合には、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課までお知らせください。

【お問合せ先】

中保健センター	504-2528	東保健センター	568-7729	南保健センター	250-4108
西保健センター	294-6235	安佐南保健センター	831-4942	安佐北保健センター	819-0586
安芸保健センター	821-2809	佐伯保健センター	943-9731	健康福祉局健康推進課	504-2882

事前に住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

接種歴	なし・1回目 (令和 年 月 日)	予診年月日	令和 年 月 日
	2回目 (令和 年 月 日)	診察前の体温	度 分
住所	広島市 区 番 号 電話：() -		
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	生年 月 日 (満 歳 か月)	保護者の氏名

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 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 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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 ()	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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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はありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか※	はい	いいえ	
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	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	いいえ	

※ ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、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。 ・接種を見合わせる理由 () 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
保護者記入欄	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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が広島市に提出されることに同意します。 <p style="text-align: center;">保護者自署</p>

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	皮下接種 0.25 mL	所在地
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・ 左足・その他()	医療機関名
(注)有効期限が切れていないか要確認		医師名
		接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙上部に記載してください。

