

A型肝炎ワクチンの接種について

A型肝炎の予防接種を実施するにあたって、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をご記入ください。

【A型肝炎について】

A型肝炎ウイルス（HAV）の経口感染によって発症する急性肝炎で冬から春に多く発生がみられます。小児では感染しても症状が出ない不顕性感染で終わることが多く、発症しても発熱、軽い黄疸をみる程度ですが、成人ではほとんどが発症し、38℃以上の発熱、全身倦怠感、下痢、黄疸の症状が現れ、完全に治癒するまでには1～2カ月の治療を要する疾患です。まれに劇症肝炎や急性腎不全を引き起こすことがあります。

日本では近年、生活環境の整備により患者発生が激減したことにより、感染の機会が減少し、その結果として45歳以下の世代ではA型肝炎に対する免疫がほとんどみられなくなりました。A型肝炎が流行している地域や、海外のA型肝炎常在地への旅行・出張等長期滞在の場合などにワクチン接種が勧められています。食品を取り扱う人々の感染予防、感染の拡大予防にも有利と考えられます。

【ワクチンの特徴と副反応】

このワクチンは、A型肝炎ウイルスを培養細胞で増殖させ、それを精製、不活化したものです。基礎免疫をつけるには一定の間隔で2～3回の接種が必要です。副反応は、注射部位の発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、疼痛、圧痛、そう痒感などがあります。その他、発熱、倦怠感、頭痛、頭重感、下痢、熱感、全身筋肉痛などがあらわれることがあります。

これまでに重篤な副反応の発生は認められていませんが、このワクチンの接種によって健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

【予防接種を受けることができない人】

1. 明らかに発熱のある人（37.5℃を超える人）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去にA型肝炎ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、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。
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人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. かぜのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱のみられた人及び発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 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人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 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人
8. 妊娠または妊娠の可能性のある人

【予防接種を受けた後の注意】

1. A型肝炎ワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差支えありませんが、注射した部位をこすようなことはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

体温測定についてのお願い	来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください。
医療機関名	〒672-8019 姫路市木場前七反町 61 番地 いそかわキッズクリニック 院長 磯川 利夫 電話 079-246-3243・3475 FAX079-246-3360

A型肝炎 予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

※お子さんの場合は、健康状態をよく把握されている保護者がご記入ください。

	診察前の体温	度 分
住 所	TEL () -	
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和
予防接種を受ける人の氏名	(年 月 日)	(歳 力月)
(保 護 者 の 氏 名)	所 属	保育園・幼稚園・小学校・中学校

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ
2. 出生体重 () g 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	あった	ない
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ
5. 最近 1 カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ
6. 最近 1 カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いいえ
7. 最近 1 カ月以内に予防接種をうけましたか	はい(予防接種名)	いいえ
8. 生まれてから今までに家族等身の回りに結核に罹った方がいましたか	はい	いいえ
9. 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
10. 今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	ある(具体的に)	ない
11. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない
12. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	ない
(“ある”の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(°C)	いいえ
13. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある ころ 回くらい 最後は 年 月ころ	ない
14. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に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	ある(薬、食品名)	ない
15. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(予防接種名)	いない
16. 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
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください(投薬状態など)		

医師の記入欄：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) 医師の署名
本人(もしくは保護者)に対して、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、説明した

医師の診察、説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解したうえで、署名(本人もしくは保護者)
今日の予防接種を受けますか。 (受けます ・ 見合わせます)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所：いそかわキッズクリニック 医師名：磯川 利夫 接種日時：
Lot. No.	mL	

(注) 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。※BCGの予防接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。