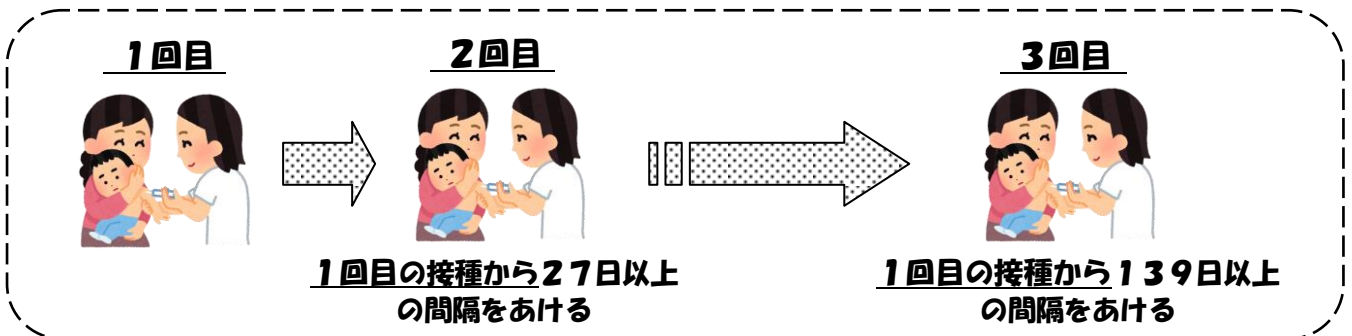


平成28年10月1日より定期予防接種になりました！

B型肝炎ワクチンの予防接種を受けましょう

B型肝炎ワクチンの接種について

- 【対象者】 生後1歳に至るまでの間にある方（1歳の誕生日の「前日」まで）
※母子感染防止のため、健康保険によりB型肝炎ワクチンの接種（抗HBs人免疫グロブリンと併用）を受けたことがある方は、定期接種の対象外となります。
- 【個人負担金】 対象期間内は**無料**
- 【接種回数】 **3回**
- 【接種間隔】 1回目接種から27日（4週間）以上間隔をあけて2回目を接種。さらに、1回目接種から139日以上（20～24週）の間隔をあけて3回目接種。
- 【標準的な接種期間】 生後2か月から生後9か月の間



* 個別接種は全て予約制です。接種を希望する受諾医療機関（別紙）を参照に、お電話でご予約ください。当日は予診票に記入し、親子健康手帳を持参のうえ接種してください。

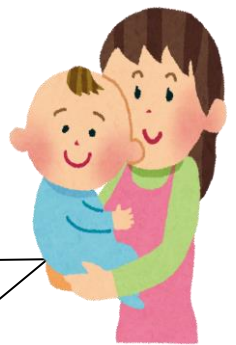
※保険証がなくても接種可能です。

* 市外から転入して既に接種された方、あるいは接種の必要のない方は、こども健康課までご連絡ください。

B型肝炎とは？B型肝炎ワクチンとは？

- B型肝炎は、B型肝炎ウイルスの感染により起こる肝臓の病気です。
 - B型肝炎ウイルスへの感染は、一過性の感染で終わる場合と、そのまま感染が持続する場合（この状態をキャリアといいます）があります。キャリアになると慢性肝炎になることがあり、そのうち一部の人では肝硬変や肝がんなど命に係わる病気を引き起こすこともあります。
 - ワクチンを接種することで、体の中にB型肝炎ウイルスへの抵抗力（免疫）ができます。
 - 免疫ができることで、一過性の肝炎を予防できるだけでなく、キャリアになることを予防でき、まわりの人への感染も防ぐことができます。
- ※予防接種を受けても、お子さんの体質や体調によって免疫ができないことがあります。

※B型肝炎ワクチンは、3回の接種を終えるまでに、約半年間かかります。
※B型肝炎ワクチンは3回接種することで十分な免疫がつくとされていますので、スケジュールに余裕をもって接種を行ってください。
※1歳の誕生日を過ぎると有料で約9千円程度の自己負担がかかります。



- 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、はれ、硬結（しこり）等があります。また、極めてまれに、アナフィラキシー、多発性硬化症、脳炎、神経障害等の重い副反応が生じることもあります。
接種後、気になる症状や体調の変化が現れたら、すぐ医師に相談してください。
- * アナフィラキシーとは通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性じんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと。

B 型肝炎予防接種予診票 第 回

*これまでに B 型肝炎予防接種を受けたことがある方は接種日をご記入ください	(1 回目)	平成・令和	年	月	日
	(2 回目)	平成・令和	年	月	日

質 問 事 項		回 答 欄		医師 記入欄
1	今日受ける予防接種について、うるま市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	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。 乳児健診で異常があるとされたことがありますか。 出生時に異常がありましたか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体の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ください ()	はい	いいえ	
4	最近 1 ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
5	1 ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう、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 ヶ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	
7	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	
8	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も良いと言われましたか。	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。 () 歳頃	はい	いいえ	
8	そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
9	近親者の中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	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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
11	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
12	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	
13	ラテックス過敏症ですか(注)	はい	いいえ	
14	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。	はい	いいえ	
15	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	
16	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 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、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、本予診票がうるま市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接 種 量	接種医師及び接種医療機関
ワクチン名 Lot No. (注)期限が切れていないかを確認	0.25ml 接種部位 (右 ・ 左)	

(注)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。