

## ヒブ予防接種予診票

( )回目

|           |             |             |             |           |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 住 所       | 嘉手納町        | 診察前の体温      | 度           | 分         |
| フリガナ      |             | 電話番号        |             |           |
| 受ける人の氏名   |             | 男           | 生年          | 平成 年 月 日生 |
| 保護者の氏名    |             | 女           | 月日          | (満 歳 カ月)  |
| ヒブワクチン接種歴 | 1回目( 年 月 日) | 2回目( 年 月 日) | 3回目( 年 月 日) |           |

| 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市町村から配られている説明書を読みましたか  | 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<br>出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>乳児検診で異常があるといわれたことがありますか | あった<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( )  | はい               | いいえ                |       |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )  | はい               | いいえ                |       |
| 1カ月以内に家族や遊び仲間麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が<br>いましたか(病名 )  | はい               | いいえ                |       |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか  | はい               | いいえ                |       |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか<br>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<br>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<br>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カ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                |       |
| 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、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。

医師署名又は記名押印

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、本予診票が市町村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       | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--------------------|-----------|----------------|
| ワクチン名              | (皮下接種)    | 実施場所           |
| Lot No.            | 0.5ml     | 医師名            |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | 接種部位(右・左) | 接種年月日 令和 年 月 日 |

# Hib(ヒブ)予防接種についての説明書

## 1 インフルエンザ菌b型(Hib)による感染症について

Hibは、せきやくしゃみなど飛沫を介して感染し、鼻咽腔でコロニーを形成し体内に侵入しますが、そのほとんどは無症状保菌者となり症状は起こしません。しかし、一部のヒトでは、鼻咽腔で増殖したHibが血液の中に入り込み、髄膜炎、敗血症、喉頭蓋炎、肺炎、関節炎、蜂巣炎、骨髄炎などの侵襲性感染症を起こす場合があります。どのようにして血液中に入るかのメカニズムはまだ十分にわかっていません。

Hibによる髄膜炎は5歳未満人口10万対7.1~8.3とされ、年間約400人が発症し、約11%が予後不良と推定されています。生後4か月~1歳までの乳児が過半数を占めています。

## 2 乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(不活化ワクチン)

Hibワクチンはインフルエンザ菌b型による感染症、特に侵襲性の感染症(髄膜炎、敗血症、蜂巣炎、関節炎、喉頭蓋炎、肺炎および骨髄炎など)を予防するワクチンです。本剤はインフルエンザ菌b型から精製した莢膜多糖体(ポリリボシルリビトールリン酸)と、破傷風トキソイドを共有結合した小児用の結合型ワクチンです。

Hibワクチンはすでに世界100カ国以上で接種が行われています。WHOは平成10(1998)年に「結合型Hibワクチンについて明らかになった安全性および有効性を考慮すると、国家的な実施能力と優先度に応じて乳児の定期予防接種プログラムに加えるべきである」として、Hibワクチン接種を推奨しています。わが国では平成20(2008)年12月19日に国内での使用が始まりました。

副反応としては、局所反応が中心で発赤、腫脹(はれ)、硬結(しこり)、疼痛、全身反応は不機嫌、食思不振、発熱などが認められています。

接種対象者は、生後2月以上生後60月に至るまでの乳幼児で、初回接種の開始時の月齢ごとに以下の方法により行うこととします。

| 接種開始月齢                       | 接種回数と間隔   |
|------------------------------|---|
| 【標準的な受け方】<br>生後2か月~<br>生後6か月 | 初回接種：27日以上の間隔をおいて3回<br>追加接種：初回接種(3回)終了後、7か月以上の間隔をおいて1回<br>※初回接種の2回目・3回目は1歳未満になるまでに行うこととし、それを超えた場合は、行わないこと。<br>(追加接種は実施可能) |
| 生後7か月~<br>生後11か月             | 初回接種：27日以上の間隔をおいて2回<br>追加接種：初回接種(2回)終了後、7か月以上の間隔をおいて1回<br>※初回接種の2回目は、1歳未満までに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。<br>(追加接種は実施可能)        |
| ※生後12か月~<br>生後60か月           | 1回※生後60か月を超えたら、定期の対象外となる。   |

## 3 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にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

予防接種法に基づく定期の予防接種として定められた期間を外れて接種を希望する場合、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。その接種で健康被害を受けた場合は、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。

注射した部分に異常な反応や体調変化等があった場合は、速やかに医師(接種した医療機関)のもとで診察を受けてください。

## 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。

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
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合