

ヒブ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、生後2か月から60か月に至るまでに受けることになっています。定められた接種時期や接種間隔を守れなかった場合、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、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。

1 ヒブ（インフルエンザ菌b型）による細菌性髄膜炎について

髄膜に細菌が感染して炎症が起こる病気が細菌性髄膜炎です。乳幼児の細菌性髄膜炎を起こす細菌の多くを占めているのが「ヘモフィルスインフルエンザ菌b型」という細菌で、略して「Hib（ヒブ）」と呼ばれています。Hibによる細菌性髄膜炎（Hib髄膜炎）は、5歳未満の乳幼児がかかりやすいので、特に注意が必要です。

Hib髄膜炎にかかると肺炎、髄膜炎、化膿性の関節炎などの重篤な疾患を引き起こし、死に至ることがあります。髄膜炎の場合は、回復しても約20%に難聴などの後遺症を残すといわれています。

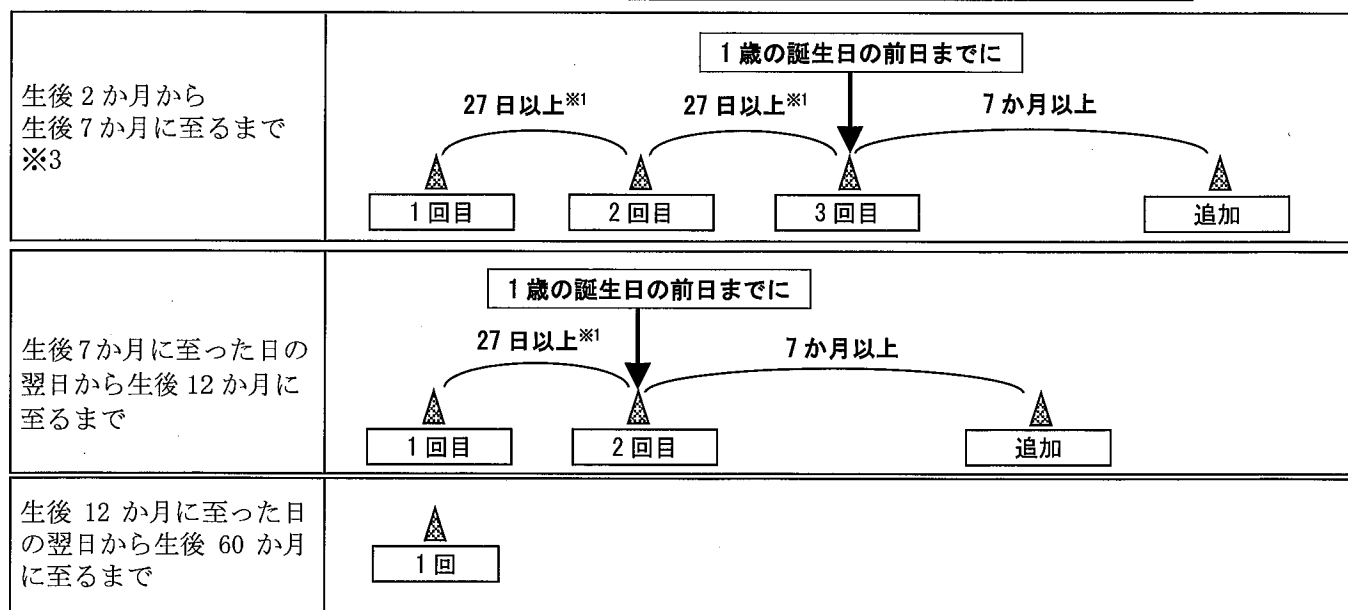
2 ヒブワクチンの接種方法について

このワクチンは接種を開始した年齢によって接種回数や方法が異なりますので、注意してください。

対象年齢 (無料で接種を受けられる期間)	接種 開始時期	合計 接種回数	接種間隔
生後2か月以上 生後60か月に 至るまで	生後2か月から 生後7か月に 至るまで※3	4回 (初回3回、 追加1回)	初回:生後12か月に至るまでの間に、27日以上※1(56日までが望ましい。)の間隔を置いて3回接種。 追加:初回接種終了後、7か月以上(13か月までが望ましい。)の間隔をおいて1回接種※2。
	生後7か月に至った日の翌日から生後12か月に至るまで	3回 (初回2回、 追加1回)	初回:生後12か月に至るまでの間に、27日以上※1(56日までが望ましい。)の間隔をおいて2回接種。 追加:初回接種終了後、7か月以上(13か月までが望ましい。)の間隔をおいて1回接種※2。
	生後12か月に至った日の翌日から生後60か月に至るまで	1回	1回接種。

接種開始時期

接種方法・接種間隔



※1 医師が必要と認めた場合は20日以上

※2 ただし、生後12か月までに初回接種を終了せずに生後12か月を超えた場合は、最後の接種から27日(医師が必要と認めた場合は20日)以上の間隔をおいて1回接種し、接種完了とします。

※3 なるべく2～6か月齢で接種を開始しましょう。

3 ヒブワクチンの副反応

【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、呼吸困難など）、けいれん（熱性けいれん含む）、血小板減少性紫斑病が現れることがあります。

【その他の副反応】

- ・注射部位：発赤、腫れ、しこり、痛み等
- ・全身反応：不機嫌、食欲不振、下痢、嘔吐等

【注意事項】

このワクチンは、ウシ由来成分等を製造工程に使用しています。

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」というのは、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。

※ 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る場合、医師の診断を受けるとともに、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

広島市 ヒブワクチン予防接種予診票（1回目・2回目・3回目・4回目）←今回の接種に○

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	接種開始時期	1回目		2回目		3回目		予診年月日	令和 年 月 日
	生後2か月から生後7か月に至るまで	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日				
	生後7か月から生後12か月に至るまで	令和 年 月 日	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	平成 令和 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	
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か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で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。 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	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 0.5 mL	所在地 医療機関名 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・ 左足・その他()	
(注)有効期限が切れていないか要確認		

(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右上に記載してください。

