

(地Ⅲ88F)
平成28年7月29日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

釜 菫 敏

B型肝炎予防接種予診票について

「予防接種法施行令の一部を改正する政令及び予防接種法施行規則及び予防接種実施規則の一部を改正する省令の公布等について」は、平成28年6月23日付（地Ⅲ68F）文書をもって貴会宛お送りいたしました。

B型肝炎の定期接種の予診票については、同文書内の「定期接種実施要領」総論9において、様式第八「B型肝炎予防接種予診票」を参考にして作成することとなっております。

B型肝炎の予防接種においては、予診の際に結核に関する質問は必要とされる項目ではないことから、結核にかかる質問事項を削除した予診票の様式について、今般、厚生労働省より別添の事務連絡がなされましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会、関係医療機関等への周知方ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

事 務 連 絡
平成28年7月27日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課

B型肝炎予防接種予診票について

平成28年6月22日付健発0622第5号厚生労働省健康局健康局長通知「「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について」（以下「局長通知」という。）の別紙における様式第八「B型肝炎予防接種予診票」について、結核にかかる質問事項について御意見をいただきました。

予診票については、局長通知の総論第9.において、「B型肝炎の定期接種については、様式第八B型肝炎予防接種予診票を、それぞれ参考にして予診票を作成すること」としてありますが、今般、様式第八について、結核にかかる質問を削除した様式を取り急ぎお送りいたします。

【担当】

厚生労働省健康局健康課予防接種室 小野 三國

電話：03-3595-3287（直通）

B型肝炎予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所							
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成	年	月	日生
保護者の氏名			(満 歳 カ月)				

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 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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ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カ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	
ラテックス過敏症*ですか	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	
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	
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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	※(皮下接種) m L	実施場所 接種年月日	医師名 平成 年 月 日

(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。