

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。（1）ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、（2）急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、（3）脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、（4）ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、（5）けいれん（熱性けいれんを含む）、（6）肝機能障害、黄疸、（7）喘息発作、（8）血小板減少性紫斑病、血小板減少、（9）血管炎（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）、（10）間質性肺炎、（11）皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、（12）ネフローゼ症候群。

<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℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種を受ける前に医師へその旨を伝え、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

<予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人>

- ① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
- ③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 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。

なお、副反応による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または家族が、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。

インフルエンザ予防接種 予診票（任意接種）

※接種希望の方は太枠内をご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住所			電話番号	
受ける人の氏名	ふりがな()	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日
保護者の氏名				(満 歳 カ月)

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	いいえ	はい	
2) 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回めですか	2回め	1回め	
3) 今日普段とちがって体に具合の悪いところがありますか あれば具体的な症状 ()	ある	ない	
4) 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(あれば病名 ())	はい	いいえ	
5) 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか (病名 () 期間(月 日 ~ 月 日)	はい	いいえ	
6) 1ヶ月以内に、家族や周囲で、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 () 誰が())	はい	いいえ	
7) 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか あれば予防接種名()	はい	いいえ	
8) 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、川崎病その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 病名()	はい	いいえ	
あればその病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	いいえ	はい	
9) 【お子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に()	はい	いいえ	
10) 薬や食物(鶏卵、鶏肉など)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()歳頃 薬品・食品名() 症状()	ある	ない	
11) 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか あれば 頃、回くらい、最後は 年 月頃 ひきつけ時の熱は(なかった・あった ℃)	ある	ない	
12) 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。 (年 月ごろ 現在 治療中・治療していない)	ある	ない	
13) インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか(あれば、前回は 年 月頃)	ある	ない	
あれば、その時具合が悪くなったことがありますか (症状 ())	ある	ない	
14) 今までにその他の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか あれば()歳ごろ 予防接種名() 症状()	はい	いいえ	
15) 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか(いれば予防接種名 ())	はい	いない	
16) 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	いる	いない	
17) その他健康状態で医師に伝えておきたいこと、ご質問があればご記入ください			

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 (可能 ・ 見合わせる)
 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、説明等を行った。

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などについて理解した上で、
 接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません)

本人(保護者)自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日		
インフルエンザHAワクチン Lot No. メーカー名	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25ml (3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	実施場所 医師名 接種年月日	印西市竜腹寺350-2 あんべこどもクリニック 安部 昌宏 年 月 日	