

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)、(12)ネフローゼ症候群。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。

〈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、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ その他、お医者さん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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

- ① 発育が遅く、お医者さんや保健師さん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お医者さん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、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃おこしてください	

インフルエンザ予防接種予診票

		来院直前の体温		度	分
住所		TEL			
フリガナ		性別	生年月日		
受ける人の氏名		男 ・ 女	年	月	日生
フリガナ			年齢		
保護者指名			歳	ヵ月	

質問事項	回答欄	
今日受け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
今日、普段と違って具合悪いところがありますか。症状()	はい	いいえ
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。病名() その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい	いいえ
薬や食品(特に鶏卵、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。薬名・食品名()	はい	いいえ
けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ
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はありますか。	はい	いいえ
今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。1回目(月 日)	いいえ	はい
インフルエンザ予防接種の際に具合悪くなったことはありますか。	はい	いいえ
インフルエンザ以外の予防接種の際に具合悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
4週間以内に予防接種をうけましたか(コロナワクチン含む) 予防接種の種類(接種日 /)	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ
1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。病名()	はい	いいえ
【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ
【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。出生体重()g	はい	いいえ
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、 具体的にご記入ください。	具体的に()	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。本人又は、保護者に対して、 予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師の署名又は記名押印 _____

本人(保護者)記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)
署名 _____ (代筆者の場合: 続柄 _____)

ワクチンロット番号	接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	右・左	<input type="checkbox"/> 0.5ml(3歳以上)	おおつぼ小児科 大坪主税 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 0.25ml(6か月以上3歳未満)	

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。