

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要がありますので、予防票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さまの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがありますが通常は2～3日で消失します。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、下痢などもまれに起こります。

強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので、必ず医師に申し出て下さい。

非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。

(1)ショック、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、呼吸困難など）、(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)ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(4)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。

このような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又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℃を超える人）
- 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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4, その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人】

- 1, 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2, 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3, カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4, 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5, 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
- 6, 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7, 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- 8, 妊娠の可能性のある人
- 9, 気管支喘息のある人

【ワクチン接種後の注意】

- 1, インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をと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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4, 万一、高熱やけいれん等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下さい。



任意接種予診票（インフルエンザ： 1 回目 / 2 回目）※該当する方に○をつけてください。

住所			電話番号	
受ける人の氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	
			年 月 日 (歳 ヲ月)	
保護者の氏名※			診察前の体温	℃

※受ける人が未成年の場合に記入

	質問事項	回答欄		医師記入欄
①	予防接種の説明を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
②	15歳未満の方はお答えください。 出生時体重 g			
	分娩時や出生時に異常はありましたか	はい	いいえ	
	乳幼児健診で異常があると言われた事がありますか	はい	いいえ	
	③ 今日、具合の悪いところがありますか (具体的な症状：)	はい	いいえ	
④	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか (病名：)	はい	いいえ	
⑤	1ヵ月以内に、家族や周囲に麻疹・風しん・水痘・おたふくなどの病気の 人はいましたか。 (病名：)	はい	いいえ	
⑥	4週間以内に予防接種を受けましたか (いつ： 月 日) (予防接種名：)	はい	いいえ	
⑦	6ヵ月以内に輸血やガンマグロブリンの注射はうけましたか	はい	いいえ	
⑧	生れてから今までに先天性異常・心血管系・腎臓・肝臓・脳神経・血液疾患・免疫不全症・気管支喘息・その他の病気 で、医師の診断や治療を受けていますか (病名：)	はい	いいえ	
	その病気の主治医から、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ	
⑨	ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか (歳ころ)	はい	いいえ	
	そのとき熱はでましたか	はい	いいえ	
⑩	薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか (薬品・食品名：)	はい	いいえ	
⑪	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	
⑫	これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか (予防接種名：)	はい	いいえ	
⑬	近親者に予防接種をして具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
⑭	(女性の方へ)現在、妊娠の可能性(生理が遅れているなど)はありますか	はい	いいえ	
⑮	今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します 医師署名または押印：
-------	---

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うえで接種を (希望します ・ 希望しません) 本人または保護者署名：
--------	--

使用ワクチン名		用法・用量	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.	皮下接種	実施場所：はる内科小児科クリニック 医師名：廣瀬 晴美
		☐ 0.5ml 右・左 (3歳以上)	
カルテID		☐ 0.25ml 右・左 (3歳未満)	接種年月日： 年 月 日