

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。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(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、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適当と判断した人

＜予防接種を受ける際に、お医者さんとはよく相談しなくてはならない人＞

- ① カゼなどのひきはじめと思われる人
- ② 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
- 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 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑤ 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
- ⑥ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑦ 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
- ⑧ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 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、いつもどおりの生活をしましょう。ただし、はげしい運動は避けましょう。
- 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。

任意接種用
(皮下接種用)

※お子さんの健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

※おさんの健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。			診察前の体温		度		分	
住 所	立 山 町		電話番号		() ー			
(フリガナ)			男 ・ 女	生 年 月 日	平成	年	月	日生
受ける人の氏名					令和	年	月	日生
保護者氏名	(続柄)				(	歳	か月)	

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2	今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン何回目ですか。	(1回目 ・ 2回目)		
3	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	はい	いいえ	
	乳児健診で異常があると言われたことがありますか	はい	いいえ	
4	今日、体に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	
5	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	
6	1 か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にかかった方がいますか。	はい	いいえ	
7	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	
8	今までに特別な病気（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。	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	
9	今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。（ 歳頃）	はい	いいえ	
	その時に熱は出ましたか。	はい	いいえ	
10	薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんましんがでたり、具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11	これまで間質性肺炎や気管支炎喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。（ 年 月頃 治療していた・治療中）	はい	いいえ	
12	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	
13	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。			
	予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
14	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	
15	(女性の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16	その他、健康のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いてください。			

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

医師の署名又は記名押印

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。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません) ※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名 (代理者の場合 署名 続柄：)

使用ワクチン	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 LotNo.	皮下接種 ☐ 0.25ml (6か月以上3歳未満) ☐ 0.5ml (3歳以上)	実施場所 : 医 師 名 : 接種年月日 : 令和 年 月 日

記載いただきました個人情報、ワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。