

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ(説明文)

インフルエンザワクチンを接種するにあたって、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。そのため、予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。この説明書は、自宅にて保管してください。

【ワクチンの効果と副反応】

ワクチン接種により、インフルエンザ発症の予防、症状の軽減が期待され、合併症や死亡を予防することにつながります。

接種後の過敏症として、発疹、じんま疹、湿疹、紅斑、かゆみなどが起こることがあります。その他に、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、ぶどう膜炎があらわれることがあります。

接種後の副反応は、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、しびれる、小さな水疱などがみられることがあります。通常2～3日で消失します。また、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節の腫れ、吐き気・嘔吐、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸なども起こることがありますが、これらも、通常2～3日で消失します。ただし、強い卵アレルギーのある方は、重篤な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ください。

非常にまれですが、右のような副反応が起こることがあります。このような症状が認められたり、疑われたりする場合には、すぐに医師に申し出てください。万一、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合は、健康被害を受けた方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救済手続きを行うことになります。

- 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けいれん(熱性けいれんを含む)
- ⑤肝機能障害、黄疸
- ⑥喘息発作
- ⑦血小板減少性紫斑病、血小板減少
- ⑧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等)
- ⑨間質性肺炎
- ⑩脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎
- ⑪皮膚粘膜眼症候群
(スティーブンス-ジョンソン症候群)
- ⑫ネフローゼ症候群

問い合わせ先: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口 (<https://www.pmda.go.jp>)
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル 電話番号 0120-149-931

【予防接種を受けることができない方】

1. 明らかな発熱(37.5℃以上)がある方
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
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方
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方

【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方】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などで療養中の方
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
3. 過去、予防接種後2日以内に発熱がみられた方および発疹、じんま疹などのアレルギーを疑う異常がみられた方
4. 鶏卵で皮膚に発疹が出たり、体に異常が生じたことがある方
5. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがある方
6. 過去に検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある方(近親者を含む)
7. 妊娠している方

【ワクチン接種後の諸注意】

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。
様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
一般的に、接種部位が腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれるなどがありますが通常2～3日で消失します。
3. 接種当日は、激しい運動や飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の症状が生じた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

* 接種希望の方は、**太ワク内のみ**ご記入ください。

* お子さんの場合は、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	電話	- -	
(フリガナ)	性別	昭和・平成・令和	
受ける人の氏名	男 女	生年月日	年 月 日
(保護者の氏名)	年齢	歳 ヶ月	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種の説明文(別紙)を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
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目ですか	1回目	2回目 (1回目接種日 /)	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい(具体的に) ()	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名) ()	いいえ	
その病気の主治医に、今回の予防接種をうけてよいと言われましたか	はい	いいえ	
5. 最近1ヶ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名、いつごろ) ()	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい(病名、いつごろ) ()	いいえ	
7. 今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	はい(具体的に) ()	いいえ	
8. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経疾患、免疫不全症など)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	はい(具体的に) ()	いいえ	
9. 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	はい 年ごろ 回くらい 最後は 年 月ごろ	いいえ	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬、食品名) ()	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. 【小児の場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい(具体的に) ()	いいえ	
13. 【女性の場合】現在、妊娠していますか。	はい (妊娠 週)	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬状況など)			

【医師記入欄】 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)と判断します。
本人(もしくは保護者)に、予防接種の効果、副反応およ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しました。

医師署名または記名捺印 _____ 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、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

本人(もしくは保護者)の署名 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日	
Lot No.	(皮下接種) ☐ 0.25ml(3歳未満) ☐ 0.5ml(3歳以上)	実施場所 医 師 名 接 種 日	mana こどもの診療所 藤原 安曇