

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。そのため、予診票に出来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。

<ワクチンの効果と副反応>

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、しびれることがあります。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・嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがあります。通常は、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみ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ください。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（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

このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。なお、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救済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だと判断した人

<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かぜ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
- ⑤薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
- 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がある人
- 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でた場合は、速やかに医師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	一社アレルギー科こどもクリニック
時	分頃	
当日は受付に お越しください		

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、太ワク内をご記入ください。
 ※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をご記入ください。

住 所		TEL ()		度 分		
フリガナ		男 女	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成		
予防接種を受ける人の氏名				年 月 日	日生	
(保護者の氏名)				(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	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザ予防接種は今シーズン 1 回目ですか	いいえ (回目)	はい	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生児、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 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	
6. 最近 1 カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近 1 カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近 1 カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 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	ある(具体的に)	ない	
10. 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、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	ある(具体的に)	ない	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある (ころ 回くらい) (最後は 年 月ころ)	ない	
12. 薬や食品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	ある(薬、食品名)	ない	
13. 今までに気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか	はい (年 月ころ) (現在治療中・治療してない)	いいえ	
14. 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	
15. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16. 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記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄：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)
 本人(保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した 医師の署名

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)	署名(本人もしくは保護者)
--	---------------

使用ワクチン名	摂取量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HA ワクチン <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研	(皮下接種) mL	実施場所 一社アレルギー科こどもクリニック 医 師 鳥居 新平 ・ 鳥居 明子
Lot No.		接種日時 平成 年 月 日 時 分
カルテ No.		

※記載いただ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致します。