

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザワクチン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、次ページの予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止し、インフルエンザによる合併症や合併症による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が通常は、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(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(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下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や傷害など)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法に基づいて救済手続きを行うこととなります。

[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相当と判断した人

[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. 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(ひきつけ)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. 妊娠している人
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。
3. 接種当日は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。

インフルエンザ予防接種予診票

* 接種希望の方へ：太ワクにご記入下さい。

体温は診療所で接種直前に測定します

		診察前の体温	度 分
現住所		平日・日中のご連絡先 () -	
(フリガナ)		性別	生年月日
氏名		男	西暦 年 月 日生
		女	年齢 満 歳

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（次ページ）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 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。	いいえ () 回目	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある 具体的に ()	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医から、今日の予防接種を受けてもよい、と言われましたか。	はい 病名 () いる・いいえ いる・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、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。	病名 ()	いない	
7. これまで気管支喘息、間質性肺炎と診断され、現在、治療中ですか。	はい () 年 () 月頃 (現在治療中 ・ 治療していない)	いいえ	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）を起したことがありますか。	ある () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	ない	
9. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	ない	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる 病名 ()	いない	
12. 1ヵ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	
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。	ある 予防接種名・症状 ()	ない	
14. (ご婦人の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. 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、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄： 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） **医師の署名**
本人に対して、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、説明した。
備考：

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)	本人の署名
--	--------------

使用ワクチン名・用法・用量 インフルエンザHAワクチン 2020-2021	Lot. No.	実施場所 〒105-0003 東京都港区西新橋1-2-9 日比谷セントラルビル2階 (公益財団法人) 日産厚生会診療所 電話：03 (3504) 1641, Fax：03 (3504) 1644	医師名
用法・用量 皮下接種 0.5ml		接種日	