

インフルエンザ予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチン接種により、インフルエンザ感染を予防し、たとえ感染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、多形紅斑、紅斑、かゆみ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、下痢、関節痛、筋肉痛など、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。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみとめられることがあります。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、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。

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。

〈予防接種を受けるときの注意〉

- ① ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談してください。
- ② 当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ③ 問診票は医療機関への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。

〈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 度以上）
- 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医師へその旨を伝え、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適切と判断した人

〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人〉

- ① 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
- ② カゼのひきはじめと思われる人
- ③ 前回の予防接種を受けたときに、2 日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ④ 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
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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
- ⑦ 妊娠中、妊娠の可能性のある人
- ⑧ 気管支喘息のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① アレルギー反応がご心配な方は、接種後 30 分程度は医療機関にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後 24 時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 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。
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもの生活をしましょう。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医療機関で診察を受けてください。

使用ワクチン名	接種量	担当医療機関	接種日
インフルエンザ HA ワクチン	皮下接種	東京都千代田区大手町 2-6-4 常盤橋タワー10F 医療法人財団医親会 海上ビル診療所 03-6636-6050	
	0. 5 ml	接種日	年 月 日

インフルエンザ予防接種 問診票

* 太枠内を消えないペンでご記入ください（鉛筆・消せるボールペンは不可）

カルテNo		診察前の体温	℃
-------	--	--------	---

フリガナ		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			〒	
保険者番号	社保 ・ 国保		現住所	
記号		番号	電話番号	
			勤務先名	

質 問 事 項	回答欄	
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の予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目
③ 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか（具体的に）	ある	ない
④ 現在、何かの病気で医師にかかっていますか（病名）	はい	いいえ
⑤ 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか（病名）	はい	いいえ
⑥ 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか（病名）	いる	いない
⑦ 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか（予防接種）	はい	いいえ
⑧ 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	ない
⑨ 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（具体的に）	ある	ない
（“ある”の場合） 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	
⑩ 今までに気管支喘息と診断されたことがありますか	ある	ない
⑪ 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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（薬・食品名）	ある	ない
⑫ 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる	いない
⑬ 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
⑭ 【女性の方に】現在、妊娠していますか（ 週）	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 ）

医師署名：

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、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：

使用ワクチン名	接種量	担当医療機関	接種日
インフルエンザHAワクチン	皮下接種 0.5 mL	東京都千代田区大手町2-6-4 常盤橋タワー10F 医療法人財団医親会 海上ビル診療所	接種日 年 月 日