

# 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んだりします。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が、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（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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医師へ相談してください）
- 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発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ②カゼなどのひきはじめと思われる人
- 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
- 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間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧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りしたことのある人
- ⑨妊娠の可能性のある人

## 〈インフルエンザワクチンの接種間隔〉

13歳以上の方は、0.5mlの1回接種を原則とします。生後6か月以上3歳未満の方には0.25mlを皮下に、3歳以上13歳未満の方には0.5mlを皮下に、およそ2～4週の間隔をおいて2回接種します。

## 〈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る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。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、速やかに医師の診察を受けてください。

# インフルエンザ 予防接種予診票

任意接種用

太枠内を記入してください。

		診察前の体温	度	分
住 所		TEL ( )	—	
(フリガナ) 接種を受け る人の氏名	( )	生年 月日	年 月 日生 ( 歳 カ月)	

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか。		は い	いいえ	
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。		2 回目	1 回目	
2 回目の方へ：1 回目の接種日 月 日				
お子様の発育歴	分娩時に異常がありましたか。	は い	いいえ	
	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いわれたことがありますか。	は い	いいえ	
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	
1 カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 いつ ( 月 日 ~ 月 日 ) 症状 ( ) 投薬：あり (内容： ) ・ 終了 ・ なし		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もいいと言われましたか。(はい いいえ)				
1 カ月以内に家族や友達に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどのウイルス性の病気の方がいましたか。 病名 ( )		は い	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、その他)にかかったことがありますか。病名 ( )		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言われましたか。(はい いいえ)				
ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか。( 歳 か月頃)		は い	いいえ	
はいの方へ：その時熱はでましたか。 はい ( °C ) いいえ				
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りしたことはありますか。 薬・食品名 ( )		は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか。		は い	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名 ( ) 症状 ( )		は い	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。		は い	いいえ	
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	全身 ( )
ご婦人の方へ：現在妊娠していますか。		は い	いいえ	咽頭 ( )
今日の予防接種について質問がありますか。		は い	いいえ	胸腹 ( )

## 医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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しました。

医師署名又は押印[ ]

## 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、接種することに、 <b>同意します。</b>	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・接種年月日
ワクチン名・メーカー名・製造番号：	0.25・0.5 (ml) (左・右)	医療機関名・医師名：山王ドームクリニック 鬼本 博文 接種年月日： 年 月 日