

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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、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、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります(いずれも頻度不明)。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。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下さい。

非常にまれですが、次のような重篤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(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)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等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群、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℃以上の人)
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又は、過去にその他の原因で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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
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)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. これまでにひきつけ(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. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡が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ていただいてかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

インフル予防接種 予診票

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください

診察前の体温 度 分

住 所	TEL ()			
氏 名	男 ・ 女	生年	大正・昭和・平成・令和 (歳 カ月)	
(保護者氏名)	(続柄)	月日	年	月 日生

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	いいえ	はい	
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 4週間以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名) ()	いいえ	
4 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	はい	いいえ	
5 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) ()	いいえ	
6 現在、何かの病気で医師にかかっていますか その病気の主治医には今日予防接種を受けてもいいと言われましたか	はい(病名) () はい	いいえ いいえ	
7 これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか	はい(病名) ()	いいえ	
8 これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい(回) ()年()月頃	いいえ	
9 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹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(食品・薬名) ()	いいえ	
10 近親者に先天性免疫不全を診断された方がいますか	はい	いいえ	
11 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、 あたふかぜにかかった方がいますか	はい(病名) ()	いいえ	
12 (女性の方に)現在妊娠していますか	はい(カ月)	いいえ	
13 (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出産時、 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	
14 その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いてください ()			

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(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療器総合機構法に基づく救済について、説明した
医師 [加賀田 博子]

医師の診療・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)	本人署名(もしくは保護者の署名)

使用したワクチン名・メーカー名	接 種 量	実地場所・医師名・接種日
インフルエンザワクチン □ビケン □デンカ □KMB □北里 □第一三共	Lot.No (皮下接種) □0.25ml(6か月以上3歳未満) □0.5ml (3歳以上)	〒124-0013 東京都葛飾区東立石3-25-12-101 医療法人社団 さくら耳鼻咽喉科クリニック 加賀田博子 TEL 03-5654-3387 接種日 令和 年 月 日