

季節性インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

ワクチンの接種により、インフルエンザ感染症を予防したり、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 インフルエンザ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ましょう。
- ② 受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
- ③ 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。
- ④ 清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤ 予診票は医師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 風邪や体調が悪い人、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その旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④ 妊娠中・可能性のある方・授乳中の方←100%の安全性が確立していない為、当院では実施していません。
- ⑤ 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 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(主治医に相談後、接種して下さい。)
- ② 服用中の薬がある人(主治医に相談後、接種して下さい。)
- ③ カゼなどのひきはじめと思われる人
- 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 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
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦ 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の人がいる人
- ⑧ 家族、友人、職場のあいだに麻疹(はしか)、風しん、おたふくかぜ、みずぼうそうなどの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ⑨ 気管支喘息のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分以内に急な副反応が起きることがあります。その間は様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ② 接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 接種当日は、入浴はせずにシャワーのみにしましょう。
- ④ 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、大量の飲酒やはげしい運動は避けましょう。(接種当日、飲酒は普段の1/5程度の量は可)
- ⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ⑥ 接種部位はこすらないで下さい。

※今回のワクチンは新型インフルエンザワクチンではございません

医療機関名：医療法人社団 渡邊内科

接種受付時間 月～金 午前の部 9:30～12:30 午後の部 14:30～17:30 (火曜日午後 16:00～17:30) 予約不要

季節性インフルエンザワクチン予防接種 予診票

任意接種用

当院を受診したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> 平熱	°C	現在体温	°C
自宅住所				TEL		
フリガナ				男・女	生年	大正・昭和・平成
氏名				月日	年	月 日 生 (歳)

太ワク内を全てご記入下さい(厚生省の指導により)

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	2回目	1回目	
3. インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか	いいえ	はい	
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、風邪をひいていますか	はい	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名) 現在治療中・月 日 治療	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水疱、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ヶ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	はい	いいえ	
10. 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	
11. 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事がありますか	ある(具体的に)	ない	
12. 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 年 月 頃 現在治療中・治療なし	ない	
13. 10.11.12(“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良いといわれましたか	いいえ	はい	
14. 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 頃 回くらい 最後は 年 月 頃	ない	
(“ある”の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(°C)	いいえ	
15. 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	ある(薬、食品名)	ない	
16. 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	
17. 【ご婦人の方に】現在、妊娠・妊娠の可能性・授乳中ですか	はい	いいえ	
18. 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)			

接種希望は(受けます)にマルと署名

予防接種の効果、副反応などについて理解したうえで、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

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) 医師の署名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種日時
Lot No.	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 医療法人社団 渡邊内科 接種日時 平成 年 月 日 時 分