

※海外渡航の予定のある方は、海外渡航48時間前までに、予防接種してください。

※当院では、新型コロナワクチンとの間隔は、前後2週間あけていただきます。

※渡邊内科に1-2ヵ月に1回 定期通院されている方のワクチンはお取り置きしてあります。



診察受付時に接種希望をお伝えください。診察日に接種となります。

『国産 インフルエンザワクチン予防接種 予診票』 **¥5,000(税込)**

接種後当院で保存

|                 |  |    |    |      |           |
|-----------------|--|----|----|------|-----------|
| 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 | 平熱 | °C | 現在体温 | °C        |
| 自宅住所            |  |    |    | TEL  |           |
| フリガナ            |  |    |    | 生年   | 大正・昭和・平成  |
| 氏名              |  |    |    | 月日   | 年 月 日 生 歳 |

| 質問事項  | 回答欄                              |     | 医師記入欄 |
|---|----------------------------------|-----|-------|
| 当院では、新型コロナワクチンとの間隔は、前後2週間です。最終接種日はいつですか？今後接種予定はありますか？   | 最終年月頃<br>今後接種予定月                 | いいえ |       |
| 接種した方のみ→接種後、副反応はありましたか？   | はい                               | いいえ |       |
| 1. 今日の予防接種について別紙(もしくは裏面)説明を理解しましたか  | いいえ                              | はい  |       |
| 2. 過去に、インフルエンザワクチン接種をしたことがありますか   | いいえ                              | はい  |       |
| 3. 今季、インフルエンザワクチン接種は何回目ですか  | 1回目                              |     | 2回目   |
| 4. 今季2回目の方は1回目の接種は、当院ですか  | はい、渡邊内科で接種した                     |     | 他院で接種 |
| 5. 今日、普段と違って具合が悪いところがありますか  | : 具合が悪い場合は接種出来ません                |     | ない    |
| 6. 現在、風邪をひいていますか  | : 風邪の場合は接種できません・治癒後1週間たって接種しましょう |     | いいえ   |
| 7. 【ご婦人の方に】現在、妊娠・妊娠の可能性・授乳中ですか？   | : 当院では該当する方は接種できません              |     | いいえ   |
| 8. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか   | はい: 病名<br>現在治療中・月 治癒             | いいえ |       |
| 9. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、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 |       |
| 10. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？(新型コロナワクチンをのぞく)   | はい: 予防接種名                        | いいえ |       |
| 11. 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 (新型コロナワクチンをのぞく)<br>具合が悪くなったことがある場合は大きな医療機関にて接種してください。当院では接種できません。 |                                  | いいえ |       |
| 12. 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 |       |
| 13. 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、ネフローゼ、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  |       |
| 14. 今までに間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか  | ある 年月頃<br>現在治療中・治療なし             | ない  |       |
| 15. 12.13.14“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   | : 確認がないと接種できません                  |     | はい    |
| 16. 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<br>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 |       |
| 17. 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  |       |
| 18. 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 |       |
| 19. 近親者で予防接種で具合が悪くなった方は？(新型コロナワクチンをのぞく)   | いる                               | いない |       |
| 20. 注射や採血の際の消毒綿で赤くなったり、かぶれたり、腫れますか？   | はい                               | いいえ |       |
| 21. 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、具体的に別紙に記入して持参してください。   |                                  |     |       |
| 予防接種の効果、副反応等、別紙(もしくは裏面)説明を理解し、接種を希望します: <b>署名:</b>  |                                  |     |       |

太ワクチンを全てご記入下さい(厚生省の指導により)

接種希望は署名してください



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  
本人に対し予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性・副反応・予防接種健康被害救済制度について説明文を提示しました。

|             |           |                |
|-------------|-----------|----------------|
| 使用ワクチン名 LOT | 皮下接種0.5ml | 医療法人社団 渡邊内科( ) |
|-------------|-----------|----------------|

# 国産 インフルエンザワクチンの予防接種説明文

## 1. 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、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、振戦、小水疱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。その他に、蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神、迷走神経反射、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ください。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(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少(8)血管炎(IgA血管炎、アレルギー性紫斑病、好酸球性多発性血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など)(9)間質性肺炎(10)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性のう胞症(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療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。

## 2. 予防接種を受けることができない人

- (1) 明らかな発熱のある人(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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人(他の医療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) カゼなどのひきはじめと思われる人
- (5) 家族、遊び友達、職場に麻疹(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(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
- (6) 心臓病、呼吸器の病気(気管支喘息を含む)、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害等の基礎疾患を有する人(主治医に相談後、許可された場合のみ接種可能)
- (7) 前回の予防接種を受けた後に、2日以内に発熱、発しん、じん麻疹などのアレルギー症状を疑う症状がみられたことがある人
- (8) 今までにけいれんを起こしたことがある人
- (9) 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- (10) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人(主治医に相談後、許可された場合のみ接種可能。)
- (11) 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
- (12) 妊娠・妊娠の可能性・授乳中の人←100%の安全性が確立していないため、当院では実施していません。
- (13) 上記に掲げる人のほか、予防接種を行うことが不適当な状態であると医師に判断された人

## 3. 予防接種後の注意について

- (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、**飲酒やはげしい運動は禁止です。**
- (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。
- (7) ワクチンの抗体がつくまでは約2週間かかります。
- (8) ワクチンの抗体は約5ヶ月持続します

## 4. 2024年度インフルエンザHAワクチン製造株

|      |  |
|------|--|
| ●A型株 | A/ビクトリア/4897/2022(IVR-238)(H1N1)       |
|      | A/カリフォルニア/122/2022(SAN-022)(H3N2)      |
| ●B型株 | B/プーケット/3073/2013(山形系統)                |
|      | B/オーストリア/1359417/2021(BVR-26)(ビクトリア系統) |