

インフルエンザワクチンの接種について



【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡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、しびれることがあります。通常は2～3日で消失します。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、筋肉痛なども起こることがありますが通常は、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い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、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、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)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(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson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ください。

【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℃を超える人)
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。なお、他の医薬品投与を受けて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. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けて2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬または食事(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. 今までに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. 気管支喘息のある人

【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。医療機関にいるなどして、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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等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下さい。

【医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について】

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください

インフルエンザ予防接種予診票



		診察前の体温	℃	
住所	〒	電話	—	—
ふりがな		生年月日		
本人氏名		男 ・ 女	年	月
保護者氏名			(歳	日生 ヶ月)

	質問事項	回答欄		医師記入
1	今日受け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、体の具合の悪いところがありますか 症状 ()	はい	いいえ	
3	最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
4	1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
6	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、 その他病気)にかかり医師の診察をうけていますか 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うけてもよいといわれましたか	はい	いいえ	
7	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
	その時熱はでましたか	はい	いいえ	
8	薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
9	接種を受ける方の近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
10	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 予防接種名 ()	はい	いいえ	
11	(女性の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
12	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
13	その他、医師に伝えたいことがあればご記入下さい			

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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 本人または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。 医師署名又は記名捺印 宮川 浩一	
本人記入欄〔未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者〕	
予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で予防接種をうけますか？ (うけます ・ うけません) ←どちらかを○で囲んで下さい	
自署	<input type="text"/>

使用ワクチン名	接種量・接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名： インフルエンザHAワクチン	皮下接種 0.5mL	みやがわクリニック 愛知県日進市赤池3-2104
メーカー名	0.25mL	宮川 浩一
Lot No.		年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。