

## 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。注射部分が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱を持つ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがあります。蜂巣炎に至った症例の報告があります。過敏性として、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、消火器として、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(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血破砕性血管炎等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(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、アナフィラキシーショック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ショックを起こした人は、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 今までにひきつけ(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のある人
- 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ましょう。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変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 ( ) です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	川崎幸クリニック

# インフルエンザ

## 予防接種予診票

診察前の体温 度 分

住 所			TEL	-	-
受ける人の氏名		男 女	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
質 問 事 項			回 答 欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか			いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか			はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか			はい	いいえ	
病名 ( )					
治療 (投薬など) を受けていますか			はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか			いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか					
具体的に具合の悪い箇所 ( )			はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか			はい	いいえ	
病名 ( )					
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病気の方がいましたか			はい	いいえ	
病名 ( )					
4週間以内に予防接種を受けましたか			はい	いいえ	
予防接種の種類と接種日 ( / )					
特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか			はい	いいえ	
病名 ( )					
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか			いいえ	はい	
今までに、けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか ( ) 歳頃			はい	いいえ	
その時熱は出ましたか			はい	いいえ	
薬や食品 (特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの) で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか			はい	いいえ	
近親者の中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	
(女性の方に) 現在妊娠している可能性 (生理が遅れているなど) はありますか			はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか			はい	いいえ	

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 ( <b>可能</b> <b>見合わせる</b> ) 本人 (もしくは保護者) 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 _____
--	---------------

本人記入欄 (もしくは代筆者)

<p>医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、<b>接種を希望します</b></p> <p>署名 _____</p> <p>代筆者署名 _____ (被接種者との続柄: )</p>	
---	--

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種日
メーカー名: Lot. No.:	0. 5 ml	医療機関名 : 川崎幸クリニック 医師名: 接種年月日: 年 月 日



年 月 日

## 委任状

委任者 (親権者)	フリガナ		
	氏名	印	
	住所		
	電話番号		
	接種を受ける者 (被接種者)	フリガナ	
氏名			
生年月日		年	月 日

※委任者名は必ず自署又は記名・押印をお願いします。

私は、上記被接種者の予防接種に係る手続き及び実施の判断について、下記の者を代理人と定め委任します。

受任者	フリガナ		
	氏名		
	住所		
	電話番号		
	接種を受ける者との続柄		

