

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1~5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過(肺炎、死亡など)をたどることがあります。注意が必要です。

2. ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化して入院することを防ぐ効果が期待されます。

ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くなったり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くなったりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、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)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、白血球破碎性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群。

3. 次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5°Cをこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことのある方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患を有する方
- 7) 妊娠している方
- 8) 出生時に未熟児で発育の悪い方(接種される方がお子さまの場合)
- 9) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)

5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後に接種部位が赤くなったり痛む場合がありますが、通常4~5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
- 5) 接種当日はいつも通りの生活をしてください。但し接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

「インフルエンザHAワクチン接種予診票」(裏ページ)にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

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。

接種予定日	月　　日(　　)です 時　　分頃までにおこしください。	医療機関名
-------	--------------------------------	-------

予防接種 予診票

◎接種当日に該当項目に記入し、もしくは○で囲んでください。（※は記入しないでください）

住 所	堺市 区		TEL () -			
(フリガナ) 受ける子どもの氏名	男 女	生年 月日	平成 年 月 日生	（歳 か月）	保護者 の氏名	
生まれた時の状況	体重	グラム	分娩	： 正常・異常 ()		

ロタ(ロタリックス)	1回目 · 2回目	おたふくかぜ	1回目 · 2回目
ロタ(ロタテック)	1回目 · 2回目 · 3回目	水痘	1回目 · 2回目
B型肝炎	1回目 · 2回目 · 3回目	インフルエンザ	1回目 · 2回目
肺炎球菌補助的追加	1回目		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を読み、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。 あれば、その症状を書いてください。()	はい	いいえ	
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 (病名) かかった日(月 日頃)	はい	いいえ	
4. 4週間以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種名 ヒブ・肺球・B肝・ロタ・4混・BCG・水痘・おたふく・MR・その他())	はい	いいえ	
5. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)にかかり診察を受けていますか。(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は受けよいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 今までに、けいけん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
7. 薬や食品で皮ふに発しんがでたり、体の具合が悪くなつたことがありますか。 (薬・食品名)	はい	いいえ	
8. 今までに予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。 (予防接種名)	はい	いいえ	
9. 家族に予防接種を受けて具合が悪くなつた方がいますか。	はい	いいえ	
10. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
11. 家族に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
12. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい	いいえ	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

14. 予防接種についての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し、病歴・健康状況・接種当日の体調を考慮したうえで、

接種することに (同意します [] · 同意しません [])

※どちらかの枠に○を記入してください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保及び保護者の方などに予防接種に対する理解を深めることを目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者
サイン

※医師の記入欄 ※診察前の体温 度 分

診察所見・その他特記事項
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。※どちらかの枠に○を記入してください。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応、予防接種健康被害救済制度等について、説明をしました。

医師名 印又はサイン

接種年月日 年 月 日

ワクチン	ロット	接種部位	量	ワクチン	ロット	接種部位	量
B型肝炎		上腕 大腿 / 右 左 / 上 下	0.25ml 0.5ml	インフルエンザ		上腕 大腿 / 右 左 / 上 下	0.25ml 0.5ml
おたふくかぜ		上腕 大腿 / 右 左 / 上 下	0.5ml	水 痘		上腕 大腿 / 右 左 / 上 下	0.5ml
ロタリックス		経 口	1.5ml	ロタテック		経 口	2.0ml
肺炎球菌 補助的追加		上腕 大腿 / 右 左 / 上 下	0.5ml			上腕 大腿 / 右 左 / 上 下	0.5ml