

# 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ください。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、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。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅班、多形紅班、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、消化器系として、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、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、重篤な副作用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、次のような副作用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、白血球破砕性血管炎等)、(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)が生じた場合の救済については、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 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、又は過去にその他の原因で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. 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連絡を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の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。



# インフルエンザ 予防接種 予診票

( 1 , 2 回目)

|         |             |      |        |          |        |
|---------|-------------|------|--------|----------|--------|
| 住所      | 〒<br>島根県松江市 |      | 診察前の体温 | 度 分      |        |
| ふりがな    |             | 男・女  | 生年月日   | 平成・令和    | 年 月 日生 |
| 受ける人の氏名 |             |      | (満年齢)  | (満 歳 か月) |        |
| 保護者の氏名  |             | 電話番号 | -      | -        |        |

下記の質問事項をていねいに読んで**黒のボールペン**でお書きください (○で囲む、または具体的に記入してください)

| 質問事項 |   | 回答欄            |     | 医師記入欄 |
|------|---|----------------|-----|-------|
| 1    | 予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか?                          | はい             | いいえ |       |
| 2    | 接種を受ける人の発育歴についておたずねします。   |                |     |       |
|      | 出生体重 ( ) g  | 分娩時に異常がありましたか? | はい  | いいえ   |
|      | 出生後に異常がありましたか?  | はい             | いいえ |       |
|      | 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか?   | はい             | いいえ |       |
| 3    | 今日、体に具合の悪いところがありますか?<br>具体的な症状 ( )                                  | はい             | いいえ |       |
| 4    | 最近、1か月以内に病気にかかりましたか? 病名 ( )   | はい             | いいえ |       |
| 5    | 1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか? 病名 ( )                  | はい             | いいえ |       |
| 6    | 4週間以内に予防接種を受けましたか?<br>接種日 ( / ) 予防接種の種類 ( )                         | はい             | いいえ |       |
| 7    | 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか?                                     | はい             | いいえ |       |
| 8    | 生まれてから今までに、先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他病気にかかり、医師の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を受けてよいといわれましたか?                              | はい             | いいえ |       |
| 9    | ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか? ( ) 歳ごろ                                  | はい             | いいえ |       |
|      | そのとき熱が出ましたか?  | はい             | いいえ |       |
| 10   | 薬や食品で皮ふに発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか?<br>薬・食品名 ( )               | はい             | いいえ |       |
| 11   | 卵を食べて、アナフィラキシーを起こしたことがありますか?  | はい             | いいえ |       |
| 12   | これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか?                                       |                |     |       |
|      | 予防接種の種類 ( )<br>症状 ( )   | はい             | いいえ |       |
| 13   | 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 |       |
| 14   | 近親者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 |       |
| 15   | (12歳以上の女性の場合) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか?                          | はい             | いいえ |       |
| 16   | 今日の予防接種について質問がありますか?<br>( )   | はい             | いいえ |       |

|       |   |
|-------|---|
| 医師記入欄 | 問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせたほうがよい ) と判断します。<br>医師署名または記名押印 |
|-------|---|

|        |   |
|--------|---|
| 保護者記入欄 | 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望します。<br>本人または保護者署名 |
|--------|---|

|         |          |  |      |                                      |
|---------|----------|--|------|--------------------------------------|
| ワクチン名   | メーカー/ロット | 接種量                                    | 接種部位 | 実施場所：島根県松江市上乃木4丁目10-27<br>くれこどもクリニック |
| インフルエンザ |          | <input type="checkbox"/> 6か月～2歳 0.25ml | 左 右  | 医師名： 呉 彰                             |
|         |          | <input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5ml    |      | 接種年月日：                               |

