

インフルエンザワクチンを接種される方に

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、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、以下のインフルエンザワクチンに関する情報を必ずお読みください。また、別紙の予診票にはでき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ください。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防し、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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。注射部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。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、しびれ感が報告されています。消化器系として嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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ください。

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（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、白血球破碎性血管炎など）
- ⑨間質性肺炎
- ⑩脳炎、脳症、脊髄炎
- ⑪皮膚粘膜目症候群（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、疑われたりした場合は、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出来ない人

- 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（通常30分以内に出現する呼吸困難、全身性のじんましんなどを伴うアレルギー反応）を起こしたことがある人
なお、他の医薬品の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ください。
- 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

予防接種を受ける際に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、脳神経の病気、血液の病気、悪性腫瘍の人
- ②発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- ③接種当日に体の具合の悪い人
- ④過去に本人や近親者が予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常が見られた人
- ⑤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
- ⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧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りしたことのある人
- ⑨妊娠の可能性のある人

予防接種を受けた後の注意

- 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（気分不良、息苦しさ、咳、じんましんなど）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、医師とすぐ連絡が取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には、速やかに医師の診察を受けてください。

<参考>

インフルエンザワクチンの接種により、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」により治療費等を受け取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をご覧ください。

<医薬品副作用被害救済制度>

医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用などにより入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

電話：0120-149-931（フリーダイヤル）

URL：<http://www.pmda.go.jp>

インフルエンザHAワクチン接種 予診票

(1回目 ・ 2回目)

診察前の体温

℃

住所	〒	TEL		
(フリガナ) 本人氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
保護者氏名				(満 歳 ヲ月)

質問事項(あてはまる項目を○でかこんでください)	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んで理解しましたか (接種される方がお子さんの場合)	いいえ	はい	
分娩時、出生時、乳児検診などで異常がありましたか *「はい」の方は具体的にご記入下さい→()	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか *「はい」の方は、その症状をご記入ください→()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	はい	いいえ	
現在何かの病気で医師にかかっていますか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友人で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどに かかった方がいますか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか *「はい」の方は、その予防接種名をご記入ください→()	はい	いいえ	
最近6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、 免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか *「はい」の方は、その病名をご記入ください→()	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 言われましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか *「はい」の方は、何歳頃でしたか→()歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
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 *「はい」の方→(年 月頃 現在治療中・治療していない)	はい	いいえ	
薬や食品(鶏卵・鶏肉)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 *「はい」の方は、その症状をご記入ください→()	はい	いいえ	
接種を受けられる方の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	はい	いいえ	
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 *「はい」の方は、その予防接種名をご記入ください→()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
現在妊娠していますか	はい	いいえ	

<医師の記入欄> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。
医師のサイン: 森田 義宏

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上で、今日の予防接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

本人(18歳未満の方は保護者)のサイン: 続柄:

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
Lot No.	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 森田内科クリニック	医師名 森田 義宏
		接種年月日 :	年 月 日