

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をご記入下さい。

[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、腹痛、下痢、食欲減退、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、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、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適当と判断した人

[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. かぜなどのひきはじめと思われる人
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)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん(ひきつけ)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. 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、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも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でた場合は、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	しいの木こどもクリニック 院長 西村 光 敏 

住所		診察前の体温	. °C		
フリガナ		男・女	生年月日 (満年齢)	昭和	年 月 日 (満 歳 か月)
受ける人の氏名				平成	
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	いいえ	はい	
2	接種を受ける人の発育歴に	はい	いいえ	
	分娩時に異常がありましたか			
	出生後に異常がありましたか			
出生体重()g	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 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か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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 (接種日 / 接種名)	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、その他の病気にかかり、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)をおこしたことがありますか ()歳頃	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出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名()	はい	いいえ	
11	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	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()	はい	いいえ	
13	近親者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	
14	(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	
15	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	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 本人または保護者署名
--------	--

ワクチン名	回数	メーカー	ロット番号	接種部位	接種量	実施場所
ロタウイルス				経口	ml	岡崎市大樹寺2丁目7-9
B型肝炎				上腕 大腿 左右 上下		しいの木こどもクリニック
おたふくかぜ				上腕 大腿 左右 上下	0.5 ml	医師名
水痘				上腕 大腿 左右 上下	0.5 ml	
ポリオ				上腕 大腿 左右 上下	0.5 ml	
インフルエンザ				上腕 大腿 左右 上下	ml	接種年月日
				上腕 大腿 左右 上下	ml	年 月 日