

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

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、裏面の予診票に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たり、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、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、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。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お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、血管浮腫など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)通常接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(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(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群。(1)から(12)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ください。なお、健康被害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近親者が、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて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)
- 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でアナフィラキシーを起こしたことがある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、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

- 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 カゼなどのひきはじめと思われる人
- ④ 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- ⑤ 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ことがある人
- ⑥ 今までに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がある人
- ⑧ 妊娠の可能性のある人
- ⑨ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- 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、医師とすぐ連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② インフルエンザワクチン接種後、1週間副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 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。
- ④ 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。ただしはげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日		医療機関名
月	日()です	〒289-1115 千葉県八街市八街ほ227-1 医療法人社団晃正会湯沢クリニック
当日は受付に		
時	分頃おこしてください	

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太フク内をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	TEL () -		
フリガナ			
予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 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	いいえ	はい	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 3. 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ 7. などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 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	
①前回受けたのは(年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③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	ある(症状: ある(予防接種名: (症状:)))	ない ない ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか ("ある"の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	ある(具体的に) はい	ない いいえ	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ("ある"の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	ある (ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ) はい(°C)	ない いいえ	
12. 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	ある(年 月ごろ) (現在治療中・治療していない)	ない	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	ある(薬、食品名)	ない	
14. 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	いる(予防接種名)	いない	
15. 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	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に
基づく救済について、説明した。
医師の署名又は記名押印

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、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) で囲む

本人の署名(もしくは保護者) **署名は必ず記入**

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所	医療法人社団晃正会湯沢クリニック
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)	医師名	湯澤 晃雄
	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	接種日時	年 月 日

インフルエンザ予防接種済証

被接種者の 住 所	_____		
被接種者の 氏 名	_____		
生年月日	年	月	日生まれ

予防接種日

接種回数 1回目 ・ 2回目

※どちらかを「○」で囲んでください。

ワクチン名・メーカー名・ロット番号

医療機関名 医療法人社団晃正会 湯沢クリニック

代表者氏名又は

接種を行った医師名 湯 澤 晃 雄 印

※医師押印のないものは無効です。

~~~~~

インフルエンザワクチン予防接種を受けられる方へ

- 予診票裏のインフルエンザワクチン接種にあたってを、必ずお読みください。
- インフルエンザ予防接種済証の被接種者の住所・氏名・生年月日(太枠内)をご記入ください。
- 接種当日は以下を忘れずにご持参ください。

①インフルエンザ予防接種済証 ②インフルエンザ予診票 ③診察券

医療法人社団晃正会 湯沢クリニック

〒289-1115 千葉県八街市八街ほ 227-1 電話:043-443-0989