

インフルエンザワクチンの接種をご希望される方へ

インフルエンザワクチンの予防接種を実施するにあたり、健康状態を把握する必要があります。

以下のワクチンに関する記載をお読み頂き、予診票に詳しくご記入頂きますようお願い申し上げます。

【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。
- ・ 接種にともなう副反応として、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場合があります。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、下痢、食欲低下、嘔吐・嘔気、関節痛、筋肉痛なども起こることがあります。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管の浮腫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起こることがあります。①ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、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（手足の痺れ、歩行困難など）、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（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）、⑩間質性肺炎、⑪皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、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ください。
- ・ 健康被害が生じた場合、健康被害を受けた人またはご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、救済手続きを行う制度があります。（医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口 電話番号：0120-149-931）

【予防接種を受けることができない方】

- ・ 発熱のある方（37.5℃以上の方）
- ・ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・ 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方
他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方は、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
- ・ 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方

【予防接種を受けるに際し、医師と相談が必要な方】

- ・ 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
- ・ 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- ・ 今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた方
- ・ 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方
- ・ 過去に本人や近親者で、免疫状態の異常を指摘されたことのある方
- ・ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方
- ・ 妊娠の可能性のある方

【予防接種を受けた後の注意】

- ・ 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。体調・様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ・ インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
- ・ 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。
- ・ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどお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。
- ・ 万一、高熱やけいれん等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。

インフルエンザワクチン 予診票

	診察前体温	度	分
住所			
氏名 (ふりがな)			男・女
生年月日	西暦	年	月 日 生まれ (満 歳)

※以下の質問事項をお読みになり、回答欄にご記入もしくは○で囲んでください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、普段と比べて具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
3. インフルエンザワクチン接種は本日が1回目ですか	いいえ	はい	
4. 現在、何かの病気で通院されていますか	はい (病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 1ヵ月以内に発熱したり、病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
6. これまで大きな病気 (心臓血管系・肝腎臓・血液疾患、免疫不全症、悪性疾患、その他の病気) にかかり医師の診察を受けていますか	いる (病名)	いない	
(いるの場合) 診察している医師に、今回の予防接種を受けて良いと言われてますか	いいえ	はい	
7. 今までに気管支喘息・間質性肺炎等の呼吸器疾患と診断されたことがありますか	ある (現在治療中・治療していない)	ない	
8. 先天性の免疫不全と診断されたご家族がいらっしゃいますか	はい	いいえ	
9. けいれんを起こしたことがありますか	ある 最後は 年 月ごろ	ない	
10. 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	ある (予防接種名)	ない	
11. 薬や食べ物 (鶏卵、鶏肉など) で発疹や蕁麻疹が出たり、体調が悪くなったことがありますか	ある (薬、食品名)	ない	
12. 最近ご家族や周囲の方で、はしか、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない	
13. ここ4週間以内に他に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名:)	いいえ	
14. 現在妊娠していますか (女性の方のみ)	はい	いいえ	
15. (ワクチンを受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか 出生体重 () g	ある (具体的に)	ない	
16. 今回の予防接種や健康状態のことで医師に伝えたいことはありますか	ある (具体的に)	ない	

医師記入欄

問診及び診察の結果、予防接種は (実施可能・実施不可能) と判断いたします。
本人・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ました。

医師の署名または記名押印

本人 (または保護者) 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、ワクチンを接種することに
(同意します・同意しません)

署名 (代筆者の場合: 続柄)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザワクチン	皮下接種	実施場所:
販売会社名:	0.5 ml	医師名:
Lot No.:		接種年月日: 西暦 年 月 日