インフルエンザ説明書（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、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が通常は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℃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のある人
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でた場合は、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

任意接種用

＊接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。
＊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がご記入下さい。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　—		
（フリガナ） 受ける人の氏名	（　　）	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日生 （　歳　ヵ月）
（保護者の氏名）				

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
1．今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2．今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ（　）回目 前回の接種は（　月　日）	はい	
3．今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある　具体的に（　）	ない	
4．現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい　病名（　） はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5．最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい　病名（　）	いいえ	
6．今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、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。	はい 病名（　）	いいえ	
7．これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい（　）年（　）月頃 （現在治療中・治療していない）	いいえ	
8．今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	ある（　）回ぐらい 最後は（　）年（　）月頃	ない	
9．薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しん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。	ある 薬または食品の名前 （　）	ない	
10．近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11．1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、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	
12．1ヵ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	
13．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・症状 （　）	ない	
14．（女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15．（接種を受けられる方がお子さんの場合）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	
16．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、具体的に書いて下さい。			

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）　医師の署名又は記名押印

本人（もしくは保護者）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、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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）	本人の署名（もしくは保護者の署名） （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄＿＿＿＿＿＿）

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	Lot. No.	皮下接種 □ 0.5mL （3歳以上） □ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満）	実施場所：**ホームドクターひろせ内科循環器内科** 医師名：**廣瀬　雅裕** 接種日時：　令和　年　月　日 時　分
カルテNo.			

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。