インフルエンザHAワクチンの接種をご希望の方へ

インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を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の上、医師の診察をお受けください。
なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがあります。また、発熱、頭痛、からだがだるくなることがあります。非常にまれですが、次のような副反応がみられることがあります。(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(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(両手足のしびれ、歩行障害など)、(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)血小板減少症紫斑病、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(スティーブンス・ジョンソン症候群)、急性汎発性発疹症膿疱症、(12)ネフローゼ症候群

なお、副反応による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また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手続きを行うことになります。

予防接種を受けることが出来ない方

1）明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
2）重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
3）過去にインフルエンザワクチンの接種により、アナフィラキシー(通常接種後３０分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
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方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

1）心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
2）過去に予防接種で接種後２日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
3）過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
4）過去に免疫状態に異常を指摘されたことがある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
5）間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
6）薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
7）発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)
8）かぜなどのひきはじめと思われる方
9）妊婦または妊娠している可能性のある方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

1）接種後３０分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2）副反応(接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは２４時間以内に出現することが知らされています。接種後１日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
3）接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
4）接種当日はいつも通りの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

※接種希望の方へ：
太枠内にご記入下さい。

インフルエンザ予防接種　予診票

診察前の体温　　℃

住　　所	〒			TEL（　　）　　－
フ リ ガ ナ				
受 け る 人 の 氏 名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　か月）
（保 護 者 の 氏 名）				

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい （具体的に　　）	いいえ	
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いわれましたか。	はい（病名　　） はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい （病名　　）	いいえ	
これまでに特別な病気にかかりましたか。（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他）医師の診察をうけたことがありますか。	はい （病名　　）	いいえ	
これまでに間質性肺炎や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（　年　月頃） 現在治療中・治療してない	いいえ	
これまでにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい（　回くらい） （最後は　年　月頃）	いいえ	
これまでに薬品で体の具合が悪くなったことはありますか。	はい（薬品名　　）	いいえ	
現在、加熱した卵は食べれていますか。	いいえ	はい	
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい （予防接種名　　）	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘（みずぼうそう）おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい （病名　　）	いいえ	
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	
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（予防接種名　　） （症状　　）	いいえ	
（予防接種を受けられる方がお子さまの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい （具体的に　　）	いいえ	
（女性の方に）現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい （具体的に　　）	いいえ	
◆お会計時の領収書の有無についてお伺いします。	必要（病院の・会社の）領収書	不要	

医師記入欄：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。また、本剤の接種対象年齢を確認した。

医師の署名または記名捺印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを（　希望します　・　希望しません　）。
（被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載下さい）

本人の署名（もしくは保護者の署名）

代筆者の場合：続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名　　称　：インフルエンザHAワクチン ロ ッ ト　： 製 造 番 号　：	皮下接種　右・左 0.25ｍｌ・0.5ｍｌ	医療機関：医療法人社団こだま医院 医 師 名　：兒玉　明久・兒玉　悠允子 接種日時：