

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。
インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、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をご記入ください。

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もあります。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、血管浮腫等)、(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等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(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(通常は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. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、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. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、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、医師とすぐ連絡をと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週間は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
5. 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

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 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

この予診票は接種を行う際の大切な情報です。(任意接種)
下記に該当する項目に記入するか○で囲んで下さい。
ペンまたはボールペンで書いて下さい。(鉛筆および消えるボールペンは不可)

太い枠内を全て記載してください。
※体温は医療機関で検温します。

カルテ番号 No.		診察前の体温	度	分
予防接種を受ける人の氏名		生年月日	(西暦)	年 月 日
保護者氏名 ※未成年者の場合記入		接種者の年齢		歳
住 所		電話番号	TEL	— —

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、裏面の説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は、今年初めて(1回目)ですか。	はい	いいえ	
今日、具合(体調)の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合(体調)の悪い症状を書いて下さい。()			
現在、何かの病気で医療機関にかかり治療・投薬を受けていますか。	はい	いいえ	
病名:			
最近、1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名:			
1カ月以内に近親者や周囲に麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい	いいえ	
病名:			
1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種名:			
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、血液疾患、免疫不全、その他)にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい	いいえ	
医療機関名:			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
引きつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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はありますか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましん が出たり、体の具合(体調)が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
原因およびその薬品名・食品名:			
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	はい	いいえ	
【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
【接種を受け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。	はい	いいえ	
具体的に:			
これまでに予防接種を受けて具合(体調)が悪くなったことがありますか。(任意接種含む)	はい	いいえ	
予防接種名:			
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば具体的にご記入ください。			

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(実施できる ・ 見合わせる)と判断します。接種を受ける本人(またはその保護者)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

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することに	本人の署名もしくは代筆者(続柄)の氏名
同意する ・ 同意しない	本人署名
	代筆者署名 続柄()

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
ワクチン名 インフルエンザ	(皮下接種) 左 ・ 右 0.25 ml	実施場所 医師名	
Lot No.	0.5 ml	接種年月日	年 月 日