

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行うにあたって、接種を受ける方の健康状態をよく知る必要があります。この説明書をお読みいただき、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。予診票は、お子さんの健康状態をよく知っ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

予防接種により、インフルエンザにかかることを防いだり、かかっても症状を軽くしたりすることが期待されます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を防ぐことも期待されます。

一方、副反応として、接種した部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛む、かゆくなる、しびれる、小さな水ぶくれができることがあります。また、発熱、寒気、頭痛、だるさ、一時的な意識の消失、めまい、リンパ節の腫れ、吐き気・嘔吐、腹痛、下痢、食欲の低下、関節痛、筋肉痛、咳、動悸、筋力の低下などが起こることがあります。多くは数日以内に治まります。

このほか、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管性浮腫などのアレルギーによる症状、接種した部位の細菌による炎症（蜂巣炎）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー（末梢神経の障害）、失神・血管迷走神経反応、ふるえ、ぶどう膜炎（目の炎症）が起こることがあります。

非常にまれですが、次のような重い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（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）、(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) 免疫性血小板減少症、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（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。これらの症状が出たり、疑われたりした場合は、すぐに医師にご相談ください。

ワクチンを正しく使用したにもかかわらず、副反応により入院治療が必要になるほどの健康被害が生じた場合などには、健康被害を受けた人またはその家族が、医薬品医療機器総合機構法に基づいて救済の手続きを行う制度があります。

問い合わせ先：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口 電話 0120-149-931（フリーダイヤル）
<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

■ 接種の回数

13歳未満の方は2回接種します。間隔はおおよそ2～4週間で、4週間あけるのが望ましいとされています。
13歳以上の方は1回または2回接種します。

■ 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）
2. 重い急性の病気にかかっていることが明らかな人
3. 以前にインフルエンザワクチンの成分でアナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、ほかの薬でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種の前に医師にお伝えください。
4. そのほか、医師が予防接種を受けることが適当でないと判断した人

■ 予防接種を受ける際に、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、血液の病気などがある人
2. 発育が遅く、医師や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. 以前に予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状が出たことがある人
5. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがある人
6. 免疫不全と診断されたことがある人、近親者に生まれつきの免疫不全症の人がいる人
7. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器の病気がある人
8. 薬や食べ物（鶏卵・鶏肉など）で発疹が出たり、体の具合が悪くなったりしたことがある人
9. 妊娠中、または妊娠の可能性がある人

■ 予防接種を受けたあとの注意

1. 接種後30分間は、急な副反応が起こることがあります。様子をよく見て、医師とすぐに連絡を取れるようにしてください。
2. 接種当日は、接種した部位を清潔に保ち、いつもどおりに過ごしてください。激しい運動は避けてください。
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種した部位をこすらないでください。
4. 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、すぐに医師の診察を受けてください。

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、太ワク内のみご記入ください。回答欄のどちらかに○をつけてください。

※接種を受けるお子さんの健康状態をよく知っている保護者をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	TEL () -		
フリガナ		男	生年
受ける人の氏名		・	月 日
(保護者の氏名)		女	(歳 か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 当院の説明書を読み、今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日のインフルエンザの予防接種は、今シーズン1回目ですか	いいえ (回目) 前回の接種日 (月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい 症状 ()	いいえ	
4. 1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい 病名 ()	いいえ	
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	
【“はい”の場合】その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ・特に尋ねていない	はい	
6. これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液の病気や免疫不全症など、特別な病気と診断されたことがありますか	ある 病名 ()	ない	
7. 気管支喘息など呼吸器の病気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	
8. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある (回くらい) 最後は (年 月ごろ)	ない	
9. 薬や食べ物(鶏卵・鶏肉など)で、発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか	ある 薬・食品名 ()	ない	
10. これまでに予防接種で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	
11. 1か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	
12. 家族に、生まれつきの免疫不全症と診断された人がいますか	いる	いない	
13. 1か月以内に、家族や周りで麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜなどにかかった人がいますか	いる 病名 ()	いない	
14. 出生時や乳幼児健診などで、異常を指摘されたことがありますか	ある 具体的に ()	ない	
15. 【女性の方に】現在、妊娠中または妊娠の可能性ありますか	はい	いいえ	
16. 今日の予防接種についての質問や、医師に伝えたいことをご記入ください			

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、予防接種の効果や目的、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)

※自署できない場合は、代筆者が署名し、続柄を記入してください。続柄 ()

使用ワクチン名	接種量	接種部位	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) ☐ 0.25mL (6か月以上3歳未満)	左上腕 右上腕 その他 ()	実施場所	あかしこどもアレルギークリニック
Lot No.	☐ 0.5mL (3歳以上)		医師名	赤司 賢一
			接種日時	年 月 日 時 分