

## インフルエンザワクチンの接種をご希望の方へ

### 〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。全身症状として、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、咳嗽、動悸など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2~3日で消失します。非常にまれですが、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）のような重大な副反応がみられることがあります。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できない人〉

- 1 明らかに発熱のある人 (37.5° C 以上)
- 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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人 (他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- 4 その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

### 〈予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

- 1 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- 2 カゼなどのひきはじめと思われる人
- 3 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- 4 前回の予防接種を受けたときに、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みられた人
- 5 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 6 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性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系疾患のある人
- 8 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人
- 9 妊娠の可能性のある人

### 〈予防接種を受けたあとの注意〉

- 1 接種後 30 分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- 2 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。
- 3 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動は避けましょう。
- 4 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

《ぼっけ・あっぷりけキッズクリニック》

# インフルエンザ予防接種 予診表

任意接種用

住所	〒		体温	度 分	
(フリガナ) 接種を受ける 人の氏名		男 女	TEL		
保護者氏名			生年 月日	平成	年 月 日 ( 歳 ヶ月)

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の説明文を読み、理解しましたか？	はい いいえ	
保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします。 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか？ 出生後に異常がありましたか？ 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか？	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか？ 症状をお教え下さい：	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか？ 病名：	はい いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？ 病名：	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名：	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心疾患、免疫不全、結核、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか？ 病名： その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いといわれましたか？	はい いいえ はい いいえ	
けいれん・ひきつけをおこしたことがありますか？ ( )歳頃 そのときに熱がでましたか？	はい いいえ はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬・食品名：	はい いいえ	
家族の中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか？	はい 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？ 予防接種名：	はい いいえ	
家族の中に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい いいえ	
今日の予防接種について何か質問がありますか？ 質問内容：	はい いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 接種可能 ・ 見合わせる ) 医師のサイン
-------	--

ご本人記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応を理解した上で、接種することに同意しますか？ ( 同意します ・ 同意しません ) ご本人(もしくは保護者)のサイン
--------	---

使用ワクチン	用法・容量	接種場所・医師名・接種日時
名称 メーカー名 製造番号	ml	医療機関名 ぼっけ・あっぷりけキッズクリニック 医師名 接種年月日