

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

＜ワクチンの効果と副反応＞

ワクチンの接種により、インフルエンザ感染を予防したり、感染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。

ワクチンの接種後は、接種した部位が赤くなったり、硬くなったりすることがありますが、通常2～3日で消失します。発熱や頭痛、悪寒、倦怠感などの症状が見られることもあります。また、非常にまれですが、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）やけいれん、肝機能障害、喘息発作などの重大な副反応が見られることがありますので、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。

＜予防接種を受けるときの注意＞

- ①インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
- ②受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
- ③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
- ⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

＜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℃を超える人）
- 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、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
- ③カゼなどのひきはじめと思われる人
- 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異常がみられた人
- ⑤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
- 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先天性免疫不全と診断されたことがある人
- ⑧家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ⑨妊娠の可能性のある人
- ⑩気管支喘息のある人

＜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接種後24時間は、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る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、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃おこしてください	

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 分

住 所	TEL (_____) _____		
フリガナ		男	生年
予防接種を受ける人の氏名		女	月 日
(保護者の氏名)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【予防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	
4. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
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	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1カ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1カ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	
9. 今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(具体的に)	いいえ	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	はい(具体的に)	いいえ	
11. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある (ころ 回くらい 最後は 年 月ころ)	ない	
12. 今までに気管支喘息と診断されたことがありますか	ある (年 月ころ 現在治療中・治療していない)	ない	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の 具合が悪くなったことがありますか	ある(薬、食品名)	ない	
14. 家族の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(予防接種名)	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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記入ください(投薬状況など)			

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) 医師の署名

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)	署名(本人もしくは保護者)
--	---------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 「ビケンHA」 <input type="checkbox"/> フルービックHA®	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	mL	医師名
		接種日時 平成 年 月 日 時 分