

インフルエンザ HA ワクチンの予防接種をご希望の方へ

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済み、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、熱を持つ、痛くなることがあります。また発熱、頭痛、倦怠感がでることがあります。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（じん麻疹、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、白血球破壊性血管炎など）、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）、急性汎発性発疹性膿疱症、12.ネフローゼ症候群

なお、副反応による健康被害救済については、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場合
3. 過去にインフルエンザワクチン接種によりアナフィラキシーを（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相当と判断した方

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、血液疾患などのある方
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. 過去に痙攣（ひきつけ）を起こしたことがある方
4. 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、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・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小児の方
8. 風邪などのひきはじめと思われる方

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とれるようにしておきましょう。
2. 副反応の多くは 24 時間以内に出現することが知られています。接種後 24 時間は体調に注意しましょう。もし、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支えありませんが、注射部位はこすらないようにしましょう。
4. 接種当日はいつも通りの生活がかまいませんが、激しい運動や耐量の飲酒は避けましょう。

インフルエンザ予防接種 予診票

接種前の体温	度	分	
住所			
電話番号			
氏名			
生年月日	年	月	日生まれ (歳 か月)
(保護者の氏名)			

本日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい
本日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	はい	いいえ
	前は 年 月 日	
現在なにかの病気で治療中ですか	はい	いいえ
	病名	
* その病気の主治医には予防接種はうけてもよいといわれましたか	いいえ	はい
これまで心臓、腎臓、肝臓、免疫不全などの病気はありますか	はい	いいえ
これまで気管支喘息、間質性肺炎はありますか	はい	いいえ
これまでけいれん、ひきつけはありますか	はい	いいえ
これまで薬、卵、鶏肉等で湿疹や体調不良はありますか	はい	いいえ
近親者の中に予防接種で具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ
近親者の中に先天性免疫不全症の方はいますか	はい	いいえ
最近1か月以内に周囲で麻疹、風疹、おたふくかぜの方はいますか	はい	いいえ
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい (下段に予防接種名)	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はありますか	はい (下段に予防接種名)	いいえ
(女性の方に) 現在妊娠していますか	はい	いいえ
その他質問はありますか	はい	いいえ

医師の記入欄 : 以上の結果今日の予防接種は可能。 本人・保護者に予防接種の効果、副反応、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うえで、接種することを希望します。	本人の署名 (もしくは保護者の署名)
---	--------------------

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・日時
	皮下接種 ml	
	右 ・ 左	