

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へお読みください

＜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の予防、発症後の症状が軽くすみます。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。

副反応は、まれに接種直後に発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、痒み血管浮腫などがあります。全身症状では発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識喪失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節・筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下などがあります。局所症状では接種部位の発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ、小水疱がみられることがありますが、2～3日で消失することがほとんどです。また、蜂巣炎、顔面神経麻痺、末梢性ニューロパシー、失神、迷走神経反応、しびれ感、振戦、ブドウ膜炎があらわれることもあります。

非常にまれですが、下記のような重篤な副作用もあります。

- ① アナフィラキシー症状(蕁麻疹、呼吸困難など)
- ② 脳炎、脳症、脊髄炎、視神経炎
- ③ 急性散在性脳脊髄炎(数日から2週間以内の発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害など)
- ④ ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)
- ⑤ 痙攣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
- ⑩ 間質性肺炎
- ⑪ 皮膚粘膜眼症候群
- 急性汎発性発疹性膿疱症
- ⑫ ネフローゼ症候群
- など。

＜接種を受けることができない人＞

明らかに発熱のある(37.5℃以上)ある。

重篤な急性疾患にかかっていることが明らかである。

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。(他の医薬品等でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種前に医師に相談してください。)

その他医師が接種不適当と判断した人。

＜医師に相談が必要な人＞

発育が遅く医師や保健師さんの指導を継続している。

風邪などの症状がある。

心臓病、腎臓病などの基礎疾患がある。

前回の予防接種で発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギー症状を疑う症状がみられたことがある。

痙攣をおこしたことがある。

免疫不全と診断されたことがある。家族に先天性免疫不全の人がいる。

間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患がある。

鶏卵、鶏肉にアレルギーがある。薬や食事でアレルギー症状を起こしたことがある。

接種予定日は　　月　　日　　です。　　とらキッズクリニック

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。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※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がご記入ください。

診察前の体温 度 分

住所	TEL() -		
フリガナ	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今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	
2. 今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	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかりていますか	はい (病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか (“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いる (病名)	いない	
7. これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったりことがありますか	ある (薬または食品の名前)	ない	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったりことがありますか	ある (予防接種名・症状)	ない	
12. 1ヶ月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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	
13. 最近1ヶ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	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか 出生体重 ()g	ある (具体的に)	ない	
16. 今日の予防接種について質問がありますか	ある (具体的に)	ない	

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

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(実施できる ・ 見合せた方が良い) と判断します。

本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及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。

医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄

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
(同意します ・ 同意しません)

署名 (代筆者の場合: 続柄) (なお被接種者が自署できない場合は代筆者が)
署名し、被接種者との続柄を記載してください。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン 販売会社名[] Lot No. : カルテNo. :	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL <input type="checkbox"/> 0.25mL	実施場所: とらキッズクリニック 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。