

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。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をご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常は2～3日で消失します。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・胆気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが通常は、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など)、(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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)肺機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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又は家族が独立行政法大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℃でを超える人)
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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、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. 予防接種を受けたときに、2日目以内に発熱、発しん、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. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、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検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をと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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

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 おこし下さい	あかり浄水こどもクリニック 院長 小林 朱里 TEL 0565-43-1551 FAX 0565-43-1552

インフルエンザ予防接種問診票

(小児用)

診察前の体温

度 分

住 所		電話 () -	
ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日 (満 歳)
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			
質問事項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい)		回 答 欄	
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読みましたか		は い	い い え
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか		は い	い い え
現在、何か病気にかかっていますか		は い	い い え
病名 ()			
治療 (投薬など) を受けていますか		は い	い い え
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		は い	い い え
お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () g 分娩時に異常はありましたか 出生後に異常はありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		あ っ た あ っ た あ る	な っ た な っ た な い
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患 その他の病気) にかかり医師の診察を受けていますか		は い	い い え
病名 ()			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		は い	い い え
薬や食品 (特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの) 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		は い	い い え
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか		あ る	な い
①その際に具合が悪くなったことはありますか		あ る	な い
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか		あ る	な い
予防接種名 ()			
4週間以内にになにか予防接種を受けましたか		は い	い い え
予防接種名 ()			
1ヶ月以内に家族や友人に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか		は い	い い え
病名 ()			
現在気管支喘息と診断されていますか		は い	い い え
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか		は い	い い え
病名 ()			
今日は体の悪いところがありますか		は い	い い え
あれば、その症状を書いてください ()			
今日の予防接種について質問はありますか		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 (可能・見合わせる)			
医師のサイン _____			
予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる)			
保護者のサイン (もしくは本人のサイン) _____			

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種	医療機関名：あかり浄水こどもクリニック
	mL	医師名：院長 小林朱里
	回目	接種日時： 年 月 日 時 分