

インフルエンザ予防接種について

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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・嘔気・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、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起ります。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(じんましん、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)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又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救済手続きを行うこととなります。

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℃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日以内に発熱のみられた人及び発しん、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)で皮膚に発しんがでたり、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のある人
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でた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

インフルエンザ予防接種予診票

※ 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。

2回接種の予定の方



1回目	2回目
-----	-----

診察前の体温	度	分
--------	---	---

☆太枠の中のみ記入して下さい。

住所		電話 ()		
<small>ふりがな</small>		生年	明・大・昭・平	
受ける人の氏名	男 女	月日	年 月 日生	
(保護者の氏名)			(満 歳)	
質問事項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい)		回答欄		医師記入欄
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理解しましたか		はい	いいえ	
本日、普段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	
今までに特別な病気 (先天性疾患、免疫不全、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患など) にかかったことがありますか		ある (病名)	ない	
ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか		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) で皮膚に発疹や蕁麻疹が起きたり、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	
今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 予防接種名 ()		ある (具体的に)	ない	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ()		はい	いいえ	
けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか		ある	ない	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、風しん、水痘 (みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか		はい	いいえ	
【女性の場合】現在妊娠している可能性がありますか		はい	いいえ	
【お子さんの場合】(発育歴についてお尋ねします) 分娩時・出生後・乳幼児健診などで異常がありましたか		はい	いいえ	
その他、健康状態のこと、医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。				
予診の結果、今日の予防接種を受けますか (受ける ・ 見合わせる)		署名 (本人または保護者)		

医師の記入欄

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
使用ワクチン名	接種量 ml	接種年月日	実施場所・医師名
製造(ロット)番号	0.2 / 0.3 / 0.5		医療機関名:医療法人社団良保会 奥秋整形外科 TEL:03-5753-8282 医療機関住所:〒140-0013 品川区南大井6-24-9大森興産ビル4階 医師名:奥秋 保