(説明文書)

インフルエンザ予防接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたり、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、予診(問診)票に接種を受けるご本人様が出来るだけ詳しくご記入下さい。(お子様の場合は保護者をご記入ください。)

【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に感染しても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重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

一方、副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがあります。また、発熱、頭痛、倦怠感が起きることもあります。非常にまれですが、次のような副反応が起こることもあります。ショック、アナフィラキシー、けいれん、運動障害、意識障害、両手足のしびれ、歩行障害、肝機能障害、黄疸、喘息発作、血小板減少、血管炎、間質性肺炎、皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、ネフローゼ症候群などです。

更に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お申し出下さい。

なお、副反応による健康被害が生じた場合には、救済措置として、健康被害を受けたご本人様またはご家族様が「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. 明らかな発熱のある人(37.5度を超える人)
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. 接種日の前後2週間以内に新型コロナウイルスワクチンを接種された人または接種を予定している人
5. 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(お子様の場合のみ)
3. カゼ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、発疹、蕁麻疹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. 気管支喘息などの呼吸器系の病気がある人
9. 予防接種(インフルエンザ以外も含む)を4週間以内に接種している人(予防接種の種類によっては接種が出来ない場合があります)
10. 妊娠中あるいは妊娠の疑いがある人(企業内での出張接種ではお受けできません)

【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。施設内(接種を行った建物)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、長風呂は避けて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、いつもどお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

3歳未満

1回目 ¥4,800 2回目 ¥3,800

インフルエンザワクチン予防接種 問診票

カルテ No.

接種を希望される方は太枠内をご記入ください

* 予防接種事故防止のため、保護者が責任を持ってご記入ください

西暦

年

月

日

診察当日の体温

度

分

住 所	市		
ふりがな			
受ける人の氏名	男・女	電 話	
保護者の氏名		生 年 月 日 西暦 年 月 日生 (満 歳 ヲ月)	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません) 保護者自署 この予診票(問診票)は予防接種の安全性の確保を目的としています。			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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?	は	い	いいえ
本日のインフルエンザの予防接種は今シーズン()回目 1回目接種は、 月 日			
4週間以内に予防接種を受けましたか? 予防接種名() いつ(月 日)	は	い	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がありますか? 予防接種名() いつ() 症状()	あ	る	な
本日体調の悪いところはありますか?(熱・咳・下痢・不機嫌・他)	あ	る	な
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか? 病名()	は	い	いいえ
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか?	あ	る	な
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	な
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に 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? 誰が() 病名()	い	た	い
生まれてからこれまでに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、 脳神経、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? 病名()	は	い	いいえ
その病気を診ている医師に本日の予防接種を受けて良いと言われましたか?	は	い	いいえ
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか?()回 最終()歳頃	あ	る	な
【“ある”の場合】ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか?	あ	る	な
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、 体調が悪くなったりしたことがありますか? どんな薬、薬品で()いつ(年 月頃)	あ	る	な
その他、医師へ健康状態のことで伝えたいことや、ご質問はありますか?	あ	る	な
ごきょうだいの中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか?	い	る	い

医師記入欄

医師サイン

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)

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をした

使用ワクチン	()	実施場所・実施医療機関・実施日
メーカー名	Lot シール貼付	実施場所: 〒207-0011 東京都東大和市清原 1-1213-7
ロット No.		実施医療機関: ひだまりの森こどもクリニック
接 種 量	0.25ml (皮下注射)	実施日: 令和 年 月 日

注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的で注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。