インフルエンザワクチンの接種について

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を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、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。
副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大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（じんましん、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（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎など）、（10）間質性肺炎、（11）皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、（12）ネフローゼ症候群。なお、副反応による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人

① 明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
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人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人

① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
② カゼなどのひきはじめと思われる人
③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
④ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
⑧ 薬の投与または食事（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のある人
⑨ 妊娠の可能性のある人

予防接種を受けたあとの注意

① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
② 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
③ 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。
④ 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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

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**	KSPクリニック 〒213-0012 神奈川県川崎市高津区坂戸3-2-1 かながわサイエンスパーク西棟５Ｆ TEL　044-829-1153　　FAX　044-829-1153

インフルエンザ予防接種予診票

任 意 接 種 用

＊**接種希望の方へ：太ワク内**にご記入下さい。

診療前の体温	度　　分

住　　所				
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名	※マイナ保険証や資格確認書と同じ氏名をご記入ください。	TEL （　　）　　－		
		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年　　月　　日生 （　　歳　　ヵ月）
事 業 所 名				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1． 今日受けられ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、体に具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
3． 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名） 薬をのんでいますか（いる・いない）	いいえ	
4． 最近１ヵ月以内に熱が出たり、何かの病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
5．今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症症、悪性腫瘍、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（病名）	いいえ	
（"いる"の場合）その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	いいえ	はい	
6．今までに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	はい　　年　　月ごろ （現在治療中・治療していない）	いいえ	
7．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　　回くらい 最後は　　年　　月ごろ	ない	
8. 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、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬または食品の名前）	ない	
9. 今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	ある（予防接種名・症状）	ない	
10. 最近１ヵ月以内に家族や周囲に麻しん(はしか)、風しん、水痘（みずぼうそう）おたふくかぜにかかった方がいますか。	いる（病名）	いない	
11. 最近１ヵ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	
12. 【女性の方に】現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
13. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄：以上の問診及び診断の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）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。
医師の署名又は記名押印

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、接種を希望しますか。（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）	本人の署名（20歳未満の方は保護者の署名と続柄） （続柄　　）

使用ワクチン名・メーカー名	**接種量**	**実施場所・医師名・接種日時**
□ インフルエンザHAワクチン「生研」 □ インフルエンザＨＡワクチン「ビケン」 □ インフルエンザＨＡワクチン「KMB」 Lot No.	（皮下接種） □ 0.5 ｍｌ（3歳以上）	医療機関名　**ＫＳＰクリニック** 医 師 名 接種日時　　年　　月　　日　　時　　分