## インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

## 〈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、振戦、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(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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)、急性汎発性発疹性膿疱症、(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 前回の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

## 〈他のワクチンとの接種間隔〉

生ワクチンの接種を受けた方は、通常、27日以上間隔をおいてこのワクチンを接種してください。また、不活化ワクチンの接種を受けた方は、通常、6日以上の間隔をおいてこのワクチンを接種してください。ただし、医師が必要と認めた場合には、同時に接種することができます。

## 〈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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 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				
	<b>月</b> 当日は受付に	⊟( ) ਣੁਰ					
	時	分頃おこしください					

# インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

	レエンシジ	<b>PECCH</b>		100万	τ		思按性片
※接種希望の方は、 <b>太ワク</b> 内をご記入くださ	:U)。		診察前の位			度	5
住 所			TE	L (	)	3 <del></del>	
フリガナ			男	生年			
			——;	月日		年 月	
(保護者の氏名)			Α		(	歳	ヶ月
質問事				回答	闌		医師記入
1. 今日受けられる予防接種について説明	U. SZA	いいえ			はい	<u> </u>	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防	1回目 ある (具体的に)			20目			
3. 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異	の場合】 常がありましたか		0.0000.000		210	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところだ	がありますか		ある	(具体的に	)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかってい	4	はい(病名)			いいえ		
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりま	したか		はい (病名)			いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻し 7. などにかかった方がいますか	ん、風しん、水痘、おたろ	べかぜ	U	る (病名)		いない	
8. 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	3)	いいえ	
9. インフルエンザの予防接種を受けたこ	とがありますか			はい		いいえ	
①前回受けたのは(年 ②その際に具合が悪くなったことはあ ③インフルエンザ以外の予防接種(ありますか)	月頃) 5りますか の際に具合が悪くなっ?	たことが	ある(症状: ある(予防接 (症状:	種名:	)	ない ない	
10. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、 悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の	ある (具体的に)			ない			
("ある"の場合) その病気を診てもらっ を受けて良いといわれ	防接種	はい			いいえ		
11. 今までにひきつけ (けいれん) を起こし	たことがありますか		ある ごろ 回くらい 最後は 年 月ごろ			ない	
("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を	したか	はい ( °C)			いいえ		
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息など	された	ある (年 月ごろ 現在治療中・治療していない)			ない		
13. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に多れる。体の具合が悪くなったことがあります。	J.	ある (薬、食品名)			ない		
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合	すか	いる (予防接種名)			いない		
15. 近親者に先天性免疫不全と診断され	いる			いない			
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠しています		はい					
17. 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	ま具体的にご	記入ください	) (投薬状況	はなど)		
医師の記入欄:以上の問診および診察の 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種 基づく救済について、説明した。		医薬品医療機		法に			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果 接種を希望しますか。( 接種を希望しま			で、 本人の署	名(もしくは	保護者の	の署名)	
使用ワクチン名・メーカー名	接種量		実施場	所・医師	名・接種	重日時	
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所					
Lot No.	□ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)	医師名					
Meiji Seika ファルマ株式会社	□ 0.5mL (3歳以上)	接種日時		年 月	<b>∃</b>		持 か