

インフルエンザHA ワクチンの予防接種をご希望の方へ

インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。
なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。一方、ワクチン接種に伴う副反応として、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、からだがだるくなることがあります。非常にまれですが、次のよう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(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(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出来ない方

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去にインフルエンザワクチンの接種により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 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方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 4) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- 5) 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
- 6) 薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 7) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)
- 8) かぜなどのひきはじめと思われる方
- 9) 妊婦または妊娠している可能性のある方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種当日の入浴は差支えありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
- 4) 接種当日はいつもの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。



まつしま病院



インフルエンザ 予防接種問診票

2020.09.01 Ver.1

※予防接種当日に太枠内にご記入ください

住所		診察前の体温		今回受ける注射は： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
フリガナ		男・女	生年月日	. °C	
受ける人の氏名				S・H・R 年 月 日 (歳 か月)	
保護者の氏名		電話番号	-	-	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文書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。 症状 ()	はい	いいえ	
3. 最近、1か月以内に病気にかかりましたか。 病名 () かかった日 ()	はい	いいえ	
4. 4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
5. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)にかかり診察を受けていますか。病名 ()	はい	いいえ	
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よいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 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。(歳ころ)	はい	いいえ	
その時に、熱がでましたか。	はい	いいえ	
7. たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発しんがでたり、下痢をしたことがありますか。(歳ころ)	はい	いいえ	
8. 今までに薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。薬・食品名 ()	はい	いいえ	
9. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
10. 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 ()	はい	いいえ	
11. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜの病気の人がいきましたか。病名 ()	はい	いいえ	
12. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	はい	いいえ	
14. (女性の場合)現在、生理がおくれている、または妊娠の可能性がありますか。	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	<p>問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応およ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。</p> <p>医師名 _____</p>
-------	--

保護者記入欄	<p>医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で接種することを(希望します・希望しません)。</p> <p>本人もしくは保護者のサイン _____</p>
--------	---

医師記入欄				
使用ワクチン名	接種量	接種回数	接種部位	実施場所
名称：インフルエンザHAワクチン 製造番号：	皮下注射 <input type="checkbox"/> 0.25mL <input type="checkbox"/> 0.5mL	今年度 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕	まつしま病院 住所：東京都江戸川区松島1-41-29 電話番号：03-3653-5541
接種年月日 _____			医師名 _____	

委任状

代理人(同伴者)

住所

氏名

私は、今回の予防接種についての区のお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為をなす権限を委任します。医師診察後に同伴者の接種同意をもって保護者同意とすることを承認します。

委任する日（接種する日以前の1ヶ月以内） 西暦 年 月 日

委任する人（保護者）

住所

氏名（署名は必ず自筆でお書きください。）

連絡先電話番号



まつしま病院