

# 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〉

ワクチンの効果については以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、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、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。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパシー、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をおこすこともあります。

(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できない人〉

- (1) 明らかに発熱している方（37.5℃以上）
- (2) 重篤な急性疾患にかかっている方
- (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) 妊産婦・授乳中・妊娠の可能性のある方、卵アレルギーのある方、喘息の方
- (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方

## 〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない方〉

- (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) 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
- (3) 過去にけいれん（ひきつけ）の既往歴のある方
- (4) 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- (5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方、近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- (6) 間質性肺炎などの呼吸器系疾患を有する方
- (7) カゼなどのひきはじめと思われる方

## 〈予防接種を受けたあとの注意〉

- (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）がおこることがありますので、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- (2) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常 4～5 日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- (3) 接種後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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- (5) 副反応（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、高熱やけいれん等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。その際、接種後にお渡しする「インフルエンザワクチンを受けたあとの注意」をご提示いただくとスムーズに診察が受けられます。

# インフルエンザHA ワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

|  |           | 診察前の体温               |                                  | 度                            |   | 分     |           |
|--|-----------|----------------------|----------------------------------|------------------------------|---|-------|-----------|
| 事業所名   |           |                      |                                  | 受診 No                        |   |       |           |
| 保険証記号・番号   | 記号        | 番号                   |                                  | ※医療機関記入欄                     |   |       |           |
| 住所   | TEL ( ) - |                      |                                  |                              |   |       |           |
| (フリガナ)   | ( )       | 男・女                  | 生年<br>月 日                        | 大正<br>昭和<br>平成 ( )           | 年 | 月     | 日生<br>カ月) |
| 受ける人の氏名  |           |                      |                                  |                              |   |       |           |
| 質問事項   |           |                      | 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、効果や副反応などについて理解しましたか   |           |                      | いいえ                              |                              |   | はい    |           |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか  |           |                      | はい<br>具体的に ( )                   |                              |   | いいえ   |           |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか<br>・その場合、治療(投薬など)を受けていますか<br>・その病気の主治医には今日の予防接種を受けても良いといわれましたか                                      |           |                      | はい(病名<br>( )<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ |                              |   | いいえ   |           |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか   |           |                      | はい<br>病名 ( )                     |                              |   | いいえ   |           |
| これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか  |           |                      | はい<br>病名 ( )                     |                              |   | いいえ   |           |
| これまでに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか  |           |                      | はい( )年( )月頃<br>現在治療中 ・ 治療していない   |                              |   | いいえ   |           |
| これまでに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか  |           |                      | はい( )回くらい<br>(最後は )年( )月頃)       |                              |   | いいえ   |           |
| これまでに薬や食品(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はありますか  |           |                      | はい<br>(薬・食品名 )                   |                              |   | いいえ   |           |
| 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか  |           |                      | はい<br>(予防接種名 )                   |                              |   | いいえ   |           |
| 近親者の中で先天性免疫不全症の方がいますか  |           |                      | はい                               |                              |   | いいえ   |           |
| 最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか   |           |                      | はい<br>病名 ( )                     |                              |   | いいえ   |           |
| 最近1か月以内に予防接種を受けましたか  |           |                      | はい<br>(予防接種名 )                   |                              |   | 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   |           |                      | はい(予防接種名<br>( )<br>(症状 )         |                              |   | いいえ   |           |
| (女性の方に)現在妊娠していますか  |           |                      | はい                               |                              |   | いいえ   |           |
| その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか   |           |                      | はい<br>具体的に ( )                   |                              |   | いいえ   |           |
| 医師記入欄  |           |                      |                                  |                              |   |       |           |
| 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) と判断します<br>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<br>医師署名又は記名捺印 _____ |           |                      |                                  |                              |   |       |           |
| 本人記入   |           |                      |                                  |                              |   |       |           |
| 医師の診察・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに同意します。<br>署名 _____   |           |                      |                                  |                              |   |       |           |
| 使用ワクチン名  |           | 用法・用量                |                                  | 接種場所・医師名・接種日時                |   |       |           |
| 名称：インフルエンザHA ワクチン<br>製造番号：   |           | 皮下接種<br>1回目<br>0.5mL |                                  | 医療機関名：<br>医師名：<br>接種日： 年 月 日 |   |       |           |

※ 記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

'18.10 00版