インフルエンザHAワクチンの接種について

任意接種用

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ワクチン接種を受けられる方が子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応 =

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがありますが、数日以内に自然に消失します。また、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、次のような副反応が起こることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、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ど。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

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℃以上の人)
- 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HAワクチンの接種を受けて、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、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)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ください。
- 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
- 3. 過去に予防接種を受けた時に、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
- 4. 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のある人
- 5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 7. 妊娠の可能性がある人
- 8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意 ==

- 1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。 医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2. 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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 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. 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ください。

接種予定日		月	日()	医療機関名	
百	当日は受付に	時	分頃 お	こしください	ださい 名	

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた人又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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

電話:0120-149-931(フリーダイヤル)

URL: https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

		ク内のみご記入ください。 回答欄に は、健康状態をよく把握している保証	ください	١,	診察	対の体温		度	分				
住	所		TEL ()										
フ	リ ガ ナ			男									
受	ナる人の氏名			女	生年 月日			年	月	日生			
(保	護者の氏名)		l	100000	HO			(歳	ヵ月)			
		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(裏面)を記	LIL	いいえ				はい					
2.	今日、普段と違っ		はし	はい 具体的に()									
3.		気で医師にかかっていますか。 医には、今日の予防接種を受け	てもよいと言われましたか		はい _{病名} () はい いいえ 特に尋ねていない								
4.	最近1ヵ月以内に	に病気にかかりましたか。	はし	はい _{病名} ()									
5.		天性異常、心臓・腎臓・肝臓・肝 也) にかかったことがありますが	、はい	はい _{病名} ()									
6.	薬や食品(特に乳 蕁麻疹が出たり		はい 薬名・食品名()				いいえ						
7.	けいれんを起こ	は (最	ハ(後は		回ぐら 年	い) 月ごろ)	いいえ						
8.	今までに間質性 はありますか。	肺炎、気管支喘息などの呼吸	= はい	,)				いいえ					
9.	今日受けるイン	フルエンザ予防接種は、今シー	UIL	いいえ 前回の接種(月 日) はし									
10.	インフルエンザ	予防接種の際に具合が悪くなっ	はし	۱,				いいえ					
11.	インフルエンザ	以外の予防接種の際に具合が悪	。はし	,1 予	方接種名()	いいえ					
12.	1ヵ月以内に予	防接種を受けましたか。) 接種名		月	日)	いいえ					
13.	近親者に先天性	免疫不全症の方がいますか。	はし	۱,				いいえ					
14.		現者や周囲で麻しん(はしか)、風 こどにかかった方はいますか。	、はし病名)	いいえ					
15.	【女性の方に】現	見在妊娠していますか。	はし	,1				いいえ					
16.		れる方が子どもさんの場合】 乳幼児健診などで異常がありま)g	はし具体	ハ 的に()	いいえ					
17.	その他、健康状具体的にご記入	態のことで医師に伝えておき ください。											
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(実施できる・見合わせた方が良い)と判断します。 本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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。													
(本人文は、休暖自に対して、予例放棄の効果、副及応及の独立行政内内に実施を指摘して至りて扱い所である。) 医師の署名又は記名押印													
本人(保護者)記入欄													
本人(体最も) お人(権) 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することに (同意します ・ 同意しません)。													
署名	署名												
	使用ワクチン名 用法・用量						実施場所・医師名・接種日時						
	インフルエンザH	HAワクチン	皮下接種	実施場	新:	浦安	やなぎ	通り診り					
Lot N	lo.:	カルテNo.:	□ 0.5mL(3歳以上)	医師	名:								
			□ 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	按種 F] D± •		在 [卦 分			

接種日時:

月

 \Box

分

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。