

インフルエンザワクチンを受けられる方へ

【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、インフルエンザに因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腕のかかるいしびれ、だるさ、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、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。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、好酸球性多発性血管性肉芽腫症、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となります

【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医師へその旨を伝え、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相当と判断した人

【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人】

- ① かぜなどのひきはじめと思われる人
- ② 重篤な基礎疾患（心臓病、肝臓病、けいれん性の病気、腎臓病、悪性の疾患）がある人
- ③ 前回の予防接種を受けた時に2日以内に発熱、全身性のじんましん、つよい腕の腫れ、ほか強い副反応がでた人
- ④ 最近けいれんを起こした人
- ⑤ 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
- ⑥ 妊娠の可能性のある人
- ⑦ 薬の投与によりアレルギー症状が出たり、体に異常をきたしたことがある人

【他のワクチンとの接種間隔】

インフルエンザワクチンを接種した場合、2回目の接種は13日以上の間隔をあける必要があります（2週間後の同じ曜日から接種できます。ただし、効果を十分に期待するためには4週間程度あけることが望ましいです。それ以上開いても問題ないと考えます）

その他のワクチンを接種（新型コロナウイルスワクチンは除く）している場合は、特に影響なく接種可能です（前日に接種していても接種可能です）

【予防接種を受けた後の注意】

- ① 接種後30分以内に重篤な副反応がでやすいため、すぐに受診できるところで観察してください。2時間は体調を注意してみてください
- 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らないようにしてください
- ③ 接種当日はいつもどおりの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量飲酒は控えましょう

M'sこどもクリニック インフルエンザ予防接種 問診票
(自宅での体温計測にご協力ください)

住所：東京都 江戸川区 (異なる場合は二重線で消してください)		体温	度	分
(ふりがな) 氏名		生年月日 (西暦) 年 月 日		
保護者の氏名	TEL	年齢	歳 (ヶ月)	

質問事項	患者さん回答欄		医師記入欄
インフルエンザ予防接種について「インフルエンザワクチンを受けられる方へ」の説明を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今日受けられるインフルエンザワクチンは今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
	1回目の接種日	月 日	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
今まで、または現在、特別な病気 (喘息、川崎病、食物アレルギー、心臓、腎臓、血液、悪性疾患、けいれん、その他) に罹患、診断されたことはありますか	ある (具体的に)	いいえ	
ある場合、その病気をみてもらっている医師にインフルエンザワクチンを受けて良いと言われましたか	↓↓ 聞いていない	はい	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことはありますか	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種で具合が悪くなったことはありますか	ある (具体的に)	ない	
他の予防接種で具合が悪くなったことはありますか	ある (具体的に)	ない	
薬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はありますか	ある (具体的に)	ない	
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
その他、医師に伝えておきたいことがあれば具体的にお書きください			
予防接種の効果や副反応などについて理解した上でインフルエンザワクチン接種を希望する場合右に署名してください	本人または保護者の署名		

医師の記入欄：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と判断します

医師の署名又は記名押印

使用インフルエンザワクチンLot・接種量 0.25ml ・ 0.5ml 右 ・ 左 上腕	接種場所 M'sこどもクリニック瑞江	接種日 令和 年 月 日
--	-----------------------	-----------------