

# インフルエンザ予防接種説明書

予防接種を受ける前に以下をよくご覧ください。わからないことは接種を受ける前に医師にご質問ください。

## 【どんなワクチンか】

6歳未満の小児を対象とした2015/16シーズンの研究では、発病防止に対するインフルエンザワクチンの有効率は60%と報告されています。現行のインフルエンザワクチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからない、というものではありません。しかし、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

ワクチンの予防効果が現れるのは、接種後約2週間、持続するのは5か月程度と考えられています。

1シーズンで2回接種する場合の接種間隔は4週間が適当と言われています。

## 【副反応は？】

主な副反応は接種部位の発赤、腫れ、痛みが接種者の10~20%に起こり、全身反応としては、発熱、頭痛、寒気（悪寒）、だるさ（倦怠感）などが接種者の5~10%に起こりますが、いずれも通常2~3日でなくなります。

また、稀にみられる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（接種後30分以内に出現する呼吸困難等の重いアレルギー反応のこと）が見られることがあります。

その他、重い副反応としてギラン・バレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎（免疫力の異常で自分自身の体を攻撃して起こる脳や脊髄の病気）、けいれん、肝機能障害、喘息発作、紫斑などが報告されています。

## 【予防接種を受けてはいけない方】

- 明らかに発熱がある方（体温37.5℃以上）
- 急性疾患にかかっている方
- ワクチンに含まれている成分でアレルギー反応が見られた方
- 医師により予防接種を受けることが不適当と診断された方

## 【予防接種後の注意】

- 接種当日は接種部位を清潔に保ち、普段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てください。
- 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のはやめましょう。
- 接種直後、または数時間経ってから、発疹やじんましんなどのアレルギー症状が出た場合は、速やかに病院を受診してください。
- 注射した部位が赤く腫れたり痛んだりすることがありますが、いずれも一過性で通常2~3日で治ります。腕全体が腫れるなど異常な症状が現れたときは、速やかに診察を受けてください。
- 接種後、高熱やけいれんなど体調の変化が現れたときは、速やかに診察を受けてください。

## 【接種対象年齢・回数・間隔等】

接種対象年齢	回数	接種間隔	接種料金
6か月以上13歳未満	2回	1~4週で接種可能ですが、免疫効果を考慮すれば、3~4週間あけた方が良い	クリニックの公式サイトをご確認ください
13歳以上60歳未満	1回	—	
65歳以上*（定期）	1回	—	

\*60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器機能及び免疫機能障がい（身体障害者認定で1級相当）を有する方は、定期接種の対象となります。

※新型コロナウイルスワクチンとの接種間隔の規定はありません。（2022年9月現在）

## 予防接種による健康被害救済制度

予防接種法に基づく予防接種（定期接種）による健康被害救済に関する請求について、当該予防接種と因果関係がある旨を厚生労働大臣が認定した場合、市区町村から健康被害に対する給付が行われます。

予防接種のうち任意接種（薬事制度上）によって健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による被害救済制度の対象となる場合があります。

# インフルエンザ予防接種予診票



任意接種用

※接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

住所		TEL( ) -	
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)
(保護者の氏名)			

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を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ ( ) 回目 前回の接種は ( 月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ( )	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 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 はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ( )	いいえ	
6. 今までに特別な病気（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、医師の診察を受けていますか。	はい 病名 ( )	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい ( ) 年 ( ) 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 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。	ある ( ) 回くらい 最後は ( ) 年 ( ) 月頃	ない	
9. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある 薬または食品の名前 ( )	ない	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名 ( )	いいえ	
12. 1ヵ月以内に、予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名( )	いいえ	
13. 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。	ある 予防接種名・症状 ( )	ない	
14. (女性の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある 具体的に ( )	ない	
16. 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、具体的に書いて下さい。			

## 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** ・ **見合わせる** ) と判断します。

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。

医師の署名又は記名押印

## 本人・保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

( **接種を希望します** ・ **接種を希望しません** )

この予診票は、予防接種の安全性確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が自治体に提出されることに同意します。

※自署できない者は、保護者などが署名し、代筆者の氏名と続柄を記載 **本人（もしくは保護者の署名）** (代筆者の続柄 )

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 部位：左・右	実施場所：医療法人淳誠会おだかキッズクリニック 栃木県下野市薬師寺 2866-1
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月以上3歳未満)	医師名： 接種年月日： 令和 年 月 日

記載いただきました個人情報等は、ワクチン接種に関するのみ使用いたします。