

【 季節性インフルエンザの予防接種を受けるにあたっての注意点 】

1. 予防接種を受けることができない方

- ①明らかな発熱を呈している方(37.5℃以上)
- ②重篤な急性疾患にかかっている方
- ③インフルエンザワクチン接種液によってアナフィラキシー(アレルギーの強いもの)を起こしたことがある方
- ④その他、予防接種を行うことが不適當な状態にある方

2. 次の状態にある方で接種を希望する場合は、接種前に医師に申し出てください。

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方
- ②前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた方、発疹、蕁麻疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
- ③インフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーを呈するおそれのある方
- ④過去にけいれんの既往のある方
- ⑤過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ⑥妊娠していることがはっきりとしている方
- ⑦間質性肺炎、気管支ぜんそく等の呼吸器系疾患を有する方

3. 予防接種後の注意点

- ①インフルエンザワクチン接種後24時間は副反応の出現に注意してください。特に、接種直後30分以内は急激な健康状態の変化に注意する。
- ②接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過度な運動をさけるよう注意して下さい。
- ③接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。
- ④入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすことはやめて下さい。
- ⑤過度の飲酒は避けて下さい。(晩酌程度)

4. 接種後の反応

予防接種後、次のような状態がおこることがありますのでご注意ください。

局所の発赤、腫脹、疼痛等、また、全身反応として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、通常、2～3日中に消失します。ただし、接種部位のひどい腫れや熱、全身のじんましん、繰り返す嘔吐や低血圧、高熱等が現れたら医師の診察をうけてください。

5. 季節性 インフルエンザワクチンについて

- インフルエンザワクチンは、何種類もあるため、今シーズンに流行しそうなウィルスを予想し、そのウィルスを無毒化して、ワクチンを作ります。予想とおりのウィルスが流行すれば発病する危険が減り、もし発病しても軽症ですみます。ただし、予想したのと異なる型のインフルエンザが流行した場合や、インフルエンザ以外の風邪の防止には効果がありません。
- 季節性インフルエンザワクチンは鶏卵を使って作るため、**鶏卵や鳥肉にアレルギーのある方には使えません。**

インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度	分	*37度5分以上あるときは接種できません。		
住所	電話: — —				
フリガナ			昭和・平成	年	月
氏名	男・女	生年月日	(満	歳	日生 ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか？	はい	いいえ	
②今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか？	はい	いいえ	
③現在、何か病気にかかっていますか。病名(はい	いいえ	
④治療(投薬など)を受けていますか？	はい	いいえ	
⑤その病気の主治医には、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免疫不全と診断されたことがありますか？	はい	いいえ	
⑦今日、体に具合の悪いところがありますか？ 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
⑧薬や食品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がありますか？	はい	いいえ	
⑨インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
1. その際に具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	
2. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	
⑩ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
⑪4週間以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種の種類() /	はい	いいえ	
⑫心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか？ 病名()	はい	いいえ	
その病気をみ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	
⑬最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 病名()	はい	いいえ	
⑭今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	
⑮(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか？	はい	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)。
	本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、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 ・ 希望しません)

受ける方が未成年の場合、本人自署の欄へ保護者の方の氏名 本人自署 _____
をご記入ください。

自署できない方は、代筆の方が本人自署と代筆者氏名続柄の 代筆者氏名 _____
記入をお願いします。 本人との続柄()

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所 / 医師名 / 接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 東京都八王子市横山町11-5 斗南堂ビル
Lot No.		医師名 高橋 克之 印 接種年月日 年 月 日