

【インフルエンザ予防接種について】

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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。通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告があります。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、動悸なども起こることがありますが通常は、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、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、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、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（じんましん、呼吸困難など）、(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) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(4) けいれん（熱性けいれんを含む）、(5) 肝機能障害、黄疸、(6) 喘息発作、(7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8) 血管炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等）、(9) 間質性肺炎、(10) 脳炎・脳症、脊髄炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、(12) ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合については、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ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人 または、過去にその他の原因で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下さい。
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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことのある人
6. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応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、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも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。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

予約時間	
------	--

※ボールペンでご記入ください

インフルエンザ予防接種 予診票

フリガナ				生年月日	昭和	年	月	日	満	才	
氏 名					平成						
性 別	男	・	女	本日の体温	℃						
住所：〒 -											
自宅電話番号：											
会社名： 会社電話番号： 携帯電話：											
質 問 事 項										回答欄	
これまでに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
以前にOBPクリニックの外来を受診されたことがありますか？										はい	いいえ
インフルエンザ予防接種についての説明文（別紙）を読みましたか？										はい	いいえ
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの疾患を持っていますか？ 診察治療を受けている場合には病名をお書き下さい。 病名（ ）										はい	いいえ
過去にケイレンをおこしたことがありますか？										はい	いいえ
最近1カ月以内に病気にかかりましたか？ 病名（ ） いつ頃（ 月 日）										はい	いいえ
1カ月以内に他の予防接種を受けましたか？ 予防接種名（ ） 接種日（ 月 日）										はい	いいえ
薬品で皮膚に発疹やじんましんが出たりしたことがありますか？										はい	いいえ
ニワトリの肉や卵などに対してアレルギーがありますか？										はい	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？ 予防接種名（ ）										はい	いいえ
インフルエンザワクチン接種について質問がありますか？ （質問内容： ）										はい	いいえ
以下、接種当日にご記入下さい。											
今日、全身倦怠感、発熱、下痢などの体の具合の悪いところがありますか？ あればその症状をお書き下さい。 （症状： ）										はい	いいえ
女性の方へ：現在妊娠の可能性はありますか？										はい	いいえ
私はインフルエンザワクチン接種を希望します。 20 年 月 日 署名											

医師判定 <接種可・接種不可>
不可理由：

医師署名：
又は記名押印

ワクチンメーカー名・ロット番号

インフルエンザHAワクチン0.5ml
接種日時：20 年 月 日 am. pm. :
(左・右)上腕部皮下
医療法人財団医親会 OBPクリニック Tel: 06-6941-8693