

# インフルエンザ HA ワクチンの予防接種をご希望の方に

## 1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過（肺炎、死亡など）をたどることがあり、注意が必要です。

## 2. ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化して入院することを防ぐ効果は30～70%程度とされています。ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。(1)ショック、アナフィラキシー様症状(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。

## 3. 次の方は接種を受けないでください

- 1)明らかに発熱している方(通常は37.5 をこえる場合)
- 2)重い急性疾患にかかっている方
- 3)本剤の成分により、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や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4)その他、いつも診てもらっている医師にワクチンを受けない方がいいと言われた方

## 4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1)心臓血管性疾患、腎臓疾患、鑑三疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2)薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 3)過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4)過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5)過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6)気管支喘息のある方
- 7)妊娠している方
- 8)出生時に未熟児で発育の悪い方(接種をされるお子様の場合)
- 9)発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子様の場合)

## 5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1)接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2)副反応(発熱、頭痛、けいれん)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3)接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4)接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
- 5)接種当日はいつも通りの生活をしてください。但し接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

「インフルエンザ HA ワクチン接種予診表」(次ページ)にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

接種予定日	月 日( )です	医療機関名	
	時 分ころまでにお越し下さい。		

ID \_\_\_\_\_  
IDなし

# インフルエンザHAワクチン接種予診票

任意接種用

		診察前の体温		度 分	
住所	〒	TEL ( ) -			
フリガナ		男・女	生年月日	明治	年 月 日生
受ける人の氏名				大正	( 歳 ヶ月)
(保護者の氏名)				昭和	
				平成	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所 ( )	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
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	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名 ( )	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 薬名・食品名 ( )	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか 前回受けたのは( 年 月頃)	はい	いいえ	
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	
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がありますか 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
現在気管支喘息と診断されていますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合に)お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( ) g	はい	いいえ	
分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

使用ワクチン名	用法・容量	接種場所・医師名・接種日時
名称 : インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名 :
製造番号 :	m	医師名 :
	回目	接種日時 : 20 年 月 日 時 分

今回の接種は	2回目接種	H1確認	2K	R発行
1回目	希望あり	H1なし	スミ	なし
2回目	希望なし	確認	未	済

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみに使用します。