

インフルエンザワクチン接種の注意点

2018.10

インフルエンザワクチン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、インフルエンザ問診票（別紙）にできるだけ詳しくご記入ください。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がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザ発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防することが期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後か数日中に発疹、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、一過性の意識障害、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、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、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、血管迷走神経反射、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、次のような副反応がおこることがあります。(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（ADEM）（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、視神経炎、(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、疑われた場合がすぐに医師に申し出てください。なお、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℃を超える人）
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
なお、他の医薬品投与を受けて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適当と判断した人

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. カゼ等のひきはじめと思われる人
4. 前回の予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常が見られた人
5. 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん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. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けた後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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
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ことはやめましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつもの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ましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

インフルエンザ予防接種問診票

2018年度用

* 接種希望の方は、太ワク内のみ記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。

任意接種用

* 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。

接種当日 診察前体温 度 分

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

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. インフルエンザ予防接種注意点(別紙)を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
3. 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	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 最近1か月以内に熱が出たり、何か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、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	いる(病名)	いない	
(いるの場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
7. これまで間質性肺炎、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. 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	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)をお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	
10. 薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発しん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。	ある(薬又は食品の名前)	ない	
11. これまでに予防接種を受けて特に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	
12. 1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる(病名)	いない	
13. 最近1か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	
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. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(具体的に)	いない	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えたいことがあれば具体的に記入ください。			

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)と判断します。
本人または保護者に対して、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、予防接種の効果や副反応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)。

本人署名(もしくは保護者の署名) (代筆者の場合:続柄)

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン Lot No:	皮下接種 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満) 0.5ml (3歳以上)	実施場所: こだまクリニック 医師名: 接種日時:平成 30 年 月 日 時