

＜注射＞インフルエンザワクチン予防接種説明書

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	1回	—	

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。



<注射>インフルエンザワクチン予防接種予診票 任意接種用

住所確認 (実証・子ども医療・その他())

※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にご記入下さい。

今シーズンの接種回数	1回目 ・ 2回目 (1回目： 月 日)	診察前の体温	度 分
住民票のある住所	TEL() -		
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 ・ 女	生年 月日	西暦 年 月 日 (歳 か月)
(保護者の氏名)			(小学・中学・高校 年相当)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
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
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
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
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
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
これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、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
今までに「九いれん(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
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
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
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
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
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
(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
(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
近親者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()	いない
今日の予防接種について質問がありますか	ある()	ない

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：医療法人学誠会おだかキッズクリニック 栃木県下野市薬師寺 2866-1 医師名： 接種年月日： 令和 年 月 日
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)	

記載いただきました個人情報、ワクチン接種に関するのみ使用いたします。