

インフルエンザ予防接種説明書

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週間が適当とされています。

【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。

【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週ですが免疫効果を考慮すれば、3～4週間あけた方がよい	1回4200円
13歳以上60歳未満	1回		
65歳以上*	1回		

* 60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器等に重度の障害(身体障害者認定で1級相当)を有する方は定期接種の対象となります。

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※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が記入下さい。

住所		TEL() -	
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ()回目 前回の接種は(月 日)	はい	
3. 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	
4. 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	
5. 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	
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	
7. これまで間質性肺炎や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. 今までにけいれん(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	
9. 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	
10. 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	
11. 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	
12. 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	
13. 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	
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. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

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、代筆者が署名し氏名と続柄を記載

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：右・左 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	実施場所：おだかキッズクリニック 栃木県下野市薬師寺 2866-1
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月以上3歳未満)	医師名： 接種年月日： 令和 年 月 日

記載いただきました個人情報、ワクチン接種の予診にのみ使用いたします。