

# インフルエンザ HA ワクチン接種予診票

任意接種用

氏名（フリガナ） ( )	性別 男・女	生年月日（年齢） T・S・H 年 月 日（才）	診察前の 体温  ℃
連絡先	住所		

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の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。	ある(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。	はい(病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、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(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)にかかりつけ医師の診察を受けていますか	いる(病名)	いいえ	
(“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いわれましたか。	いいえ	はい	
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	
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	
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	
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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	
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	
① 前回受けたのは( 年 月頃)			
② その際に具合が悪くなったことはありますか	ある(症状: )	ない	
③ 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。	ある(予防接種名: ) (症状: )	ない	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふく風邪などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
最近1ヶ月以内に予防接種をうけましたか。	はい	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	ある(具体的に)	ない	

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) 医師のサイン_____
-------	---

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で接種することに同意します。

※ 本人のサイン \_\_\_\_\_

使用ワクチン名	用法・用量	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 メーカー名: 製造番号:	皮下接種  0.5 ml 1 回目	医療機関名: サナシオクリニック 医師名: 接種日時: H27年 月 日 時 分

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にのみ使用します。

# インフルエンザワクチンの接種にあたって 〈2015-2016冬シーズン〉

## 1. 2015-2016冬シーズンインフルエンザワクチンについて

インフルエンザワクチンは、免疫をつけ、死亡者や重症者の発生をできる限り減らすことを目的に接種するものです。平成27年度から4価のワクチンに変更されました（昨年度迄は3価）に使用されるワクチンは、下記4種類の混合になります。

A/カリフォルニア/7/2009 (X-179A) (H1N1) pdm09

A/スイス/9715293/2013 (NIB-88) (H3N2)

B/プーケット/3073/2013 (山形系統)

B/テキサス/2/2013 (ビクトリア系統)

## 2. 有効性・安全性について

ワクチンの効果については以前から論議されてきましたが、ワクチン接種することにより感染した場合にでも症状が軽くすむなど重症化を防ぐ効果が期待されています。

また、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、血管浮腫など） 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など） ⑨間質性肺炎 ⑩脳炎・脳症、脊髄炎 ⑪皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）。 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となります。

## 3. 次の方は接種を受けないで下さい。

- (1) 明らかな発熱がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (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明らかな方
- (4) 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態であると医師に判断された方

## 4. 次の方は接種前に医師にご相談下さい。

- (1) 心臓血管系疾患、呼吸器系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方
- (2) 予防接種を受けた後に、2日以内に発熱、発しん、じん麻疹などのアレルギー症状を疑う異常がみられた方
- (3) 今までにけいれんを起こしたことがある方
- (4) 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がおられる方
- (5) 本ワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもので皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたすなどのアレルギー反応を起こすおそれのある方
- (6) 妊娠している方

## 5. 接種後は以下の点に注意して下さい。

- 1) 接種後 30 分間は、アレルギー反応（息苦しさ、蕁麻疹、咳など）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、けいれんなど）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、症状が出現した場合は、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腫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。