

## インフルエンザワクチン接種上の注意

### 1. ワクチンの効果

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

### 2. 次の項目いずれかにあてはまる人は、予防接種を受けられません。

- ・明らかに発熱している人（37.5℃以上の場合）
- ・重篤な急性疾患にかかっている人
- ・インフルエンザ予防接種の成分により、アナフィラキシーを起こしたことがある人

※アナフィラキシーとは、予防接種後 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。

- ・予防接種で接種後 2 日以内に発熱の見られた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
- ・その他、医師が接種について不相当と判断した人

### 3. 予防接種を受けるに際し、医師と十分相談しなくてはならない人

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患その他慢性の病気で治療を受けている人
- ・インフルエンザ予防接種の成分又は卵、鶏肉、その他鶏に関係のあるものに対して、アレルギーを呈するおそれのある人
- ・今までにけいれんを起こしたことがある人

### 4. 予防接種を受けた後の注意

- ・接種後 24 時間は、副反応の出現に注意しておく必要があります。特に、接種後 30 分間は健康状態に変化がないか様子を見ましょう。また、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- ・入浴は差し支えありませんが、接種した部位は強くこすらないでください。

### 5. 予防接種の副反応について

#### (1) 通常みられる反応

接種した部位が赤くなったり、はれたり、痛んだりすることがあります。また、接種後に、熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどが見られることもありますが、これらは通常 2～3 日のうちに治ります。

#### (2) 重い副反応

接種した部位のひどいはれ、高熱、ひきつけなどの症状があった場合、医師の診察を受けてください。極めてまれに脳炎・脊髄炎・視神経炎などの重い副反応が生じる可能性があります。このような場合において、厚生労働大臣が公的（定期）接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付対象となります。

## インフルエンザ予防接種予診票

	診察前の体温	度	分
住 所			
氏 名			男・女
生 年 月 日	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について当院から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の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。 病名 ( )	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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 ( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。	はい	いいえ	
①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	
②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はありますか	はい	いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	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。 病名 ( )	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	

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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

## インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

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、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)