

## (説明文書)

### インフルエンザ予防接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたり、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、予診(問診)票に接種を受けるご本人様が出来るだけ詳しくご記入下さい。(お子様の場合は保護者がご記入ください。)

#### 【ワクチンの効果と副反応】

予防接種によりインフルエンザに感染しても症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

一方、副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがあります。また、発熱、頭痛、倦怠感が起きることもあります。非常にまれですが、次のような副反応が起こることもあります。ショック、アナフィラキシー、けいれん、運動障害、意識障害、両手足のしびれ、歩行障害、肝機能障害、黄疸、喘息発作、血小板減少、血管炎、間質性肺炎、皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、ネフローゼ症候群などです。

更に卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師にお申し出下さい。

なお、副反応による健康被害が生じた場合には、救済措置として、健康被害を受けたご本人様またはご家族様が「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. 明らかな発熱のある人(37.5度を超える人)
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. 接種日の前後2週間以内に新型コロナウイルスワクチンを接種された人または接種を予定している人
5. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

#### 【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(お子様の場合のみ)
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹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. 気管支喘息などの呼吸器系の病気がある人
9. 予防接種(インフルエンザ以外も含む)を4週間以内に接種している人(予防接種の種類によっては接種が出来ない場合があります)
10. 妊娠中あるいは妊娠の疑いがある人(企業内での出張接種ではお受けできません)

#### 【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。施設内(接種を行った建物)にいますなどして、様子を観察し医師とすぐに連絡をと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、長風呂は避けて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、いつもどお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下さい

## 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 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 | 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市町村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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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 | <p>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）</p> <p>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。</p> <p>医師署名又は記名押印</p> |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|           |     |                                              |
|-----------|-----|----------------------------------------------|
| 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 | <p>実施場所</p> <p>医師名</p> <p>接種年月日 平成 年 月 日</p> |

## 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。

平成 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）