

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

①インフルエンザと合併症

患者さんの咳やくしゃみにより、インフルエンザウイルスが空気中に浮かんでいたり手についたりして、気道に感染します。感染して、1～5日すると、だるくなったり、急に発熱し、のどの痛み、せき、くしゃみが出始めますが、普通は約1週間で治ります。健康な人がインフルエンザに罹った場合は重症化することがまれなため、インフルエンザは危険な疾患として重要視されていませんでした。しかし、近年、インフルエンザの流行時にみられる乳幼児の突然死や脳症の中にインフルエンザウイルスが原因と思われる症例があることや、基礎疾患を持つ小児は合併症をおこしやすく、死亡の原因になることもある重大な感染症であることが分かってきました。

②ワクチンの副反応

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、硬くなったりします。発現頻度として発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。

③次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方（通常は37.5℃をこえる場合）
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方が良いと言われた方

④次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患及び血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 出生時に未熟児で発育の悪い方
- 3) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方
- 4) 前回の予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状の見られた方
- 5) 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 6) 過去にけいれん既往歴のある方
- 7) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方
- 8) 気管支喘息のある方

⑤接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、急な副反応（じんましん、咳、喘息など）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
- 3) 接種後に接種部分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、注射部位をこすることはやめましょう
- 5) 接種当日はいつもの生活をしてください。ただし激しい運動は避けてください

『インフルエンザHAワクチン接種予診表』にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

医療機関名

〒560-0002

大阪府豊中市緑丘4-1-2 イオンタウン豊中緑丘 2F

TEL 06-4865-5020

医療法人 ふじかわ小児科

医師：藤川 泰弘

インフルエンザHAワクチン接種予診表

住 所			
氏 名		診察前の体温	度 分
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日生	(満 歳) 男・女
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
予防接種についての説明を読み、効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか 前回の接種日 (月 日)	はい	いいえ	
今日、身体に具合の悪いところがありますか (具体的な症状:)	はい	いいえ	
最近、1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 受けた日 (月 日) 予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を見てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったこと がありますか 薬・食品名 ()	はい	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	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	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)	医師のサイン
---	--------

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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
---	-------------------

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
インフルエンザ HAワクチン ロット	皮下注射 ml	医療法人 ふじかわ小児科 医師：藤川泰弘 接種日時：令和 年 月 日