

ワクチンの効果と副反応

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、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。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。全身症状として、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛など、また局所症状として接種部位に発赤、膨脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。

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）

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）

ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）

けいれん（熱性けいれんを含む）

肝機能障害、黄疸

喘息発作

血小板減少性紫斑病、血小板減少

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）

間質性肺炎

脳炎、脳症、脊髄炎

皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）

なお、副反応による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また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になります。

予防接種を受けるときの注意

インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう

受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう

当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください

清潔な着衣をつけましょう

予診票は医師への大事な情報です。正確に記入するようにしましょう

予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう

予防接種を受けることができない人

明らかに発熱のある人（37.5℃以上）

重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人

過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、判断を仰いでください）

その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人

発育が遅く、医師や保健師さんの指導を継続して受けている人

カゼなどのひきはじめと思われる人

家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人

心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人

前回の予防接種を受けたときに、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がみられた人

今までにけいれんを起こしたことがある人

過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人

間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

薬の投与または食事（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

妊娠の可能性のある人

予防接種を受けた後の注意

接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう

接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう

接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう

接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう

高熱やけいれんなど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ください

体温測定についてお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください。

上記のインフルエンザワクチンの予防接種を受けるにあたっての注意事項に同意いただきましたら予診票に記入してください。

* 接種希望の方へ：
太ワク内にご記入ください。

インフルエンザ予防接種 予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所	〒			TEL()			
フリガナ				—			
受ける人の氏名			男・女	生年月日	大 正 昭 和 年 月 日生		
(保護者の氏名)				平 成 令 和 年 月 日生	(歳 か月)		

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説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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 年 月 日	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
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いわれましたか。	はい (病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(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、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい (年 月頃) 現在治療中・治療していない	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か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	
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(予防接種名) (症状)	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄： 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。 医師の署名または記名捺印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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た。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて 本人の署名(もしくは保護者の署名)
理解した上で、接種することを (希望します ・ 希望しません)。

(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)

代筆者の場合： 続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称： インフルエンザ HA ワクチン	皮下接種	医療機関名： 中 和 内 科 医 院
メー カー 名：	0.5 ・ 0.25 mL	医 師 名：
製 造 番 号：	回目	接 種 日 時： 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。