

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

仙台どうき・息切れ内科総合クリニック

この予診票は、任意で接種を希望される方（13歳以上）用です。

**仙台市の高齢者定期接種（自己負担1,500円の助成による接種）には使用できません。
定期接種の対象となる方は、受付で仙台市の予診票をお受け取りください。**

予防接種を安全に行うため、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。この説明書をお読みのうえ、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。18歳未満の方の場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

当院で接種するのは、季節性インフルエンザHAワクチン（不活化ワクチン）です。ウイルスの感染力をなくした成分を用いたワクチンですので、ワクチンが原因でインフルエンザにかかることはありません。予防接種により、インフルエンザの発症を防いだり、かかった場合の症状を軽くしたりする効果が期待できます。あわせて、肺炎などの合併症や重症化を防ぐことも期待されます。効果が現れるまでには接種後およそ2週間かかり、13歳以上の方の接種回数は原則1回です。

副反応は一般に軽いものです。注射した部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、痛む、といった反応は10～20%程度の方にみられますが、通常2～3日で消えます。発熱、悪寒、頭痛、だるさ、関節痛、筋肉痛などの全身の反応が5～10%程度の方に起こることがありますが、これも通常2～3日で消えます。まれに、発しん、じんましん、かゆみなどの過敏症がみられます。**強い卵アレルギーのある方は、必ず医師に申し出てください。**

非常にまれですが、次のような重い副反応が報告されています。(1) ショック、アナフィラキシー（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) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎 (4) ギラン・バレー症候群 (5) けいれん (6) 肝機能障害、黄疸 (7) 喘息発作 (8) 血小板減少性紫斑病、血小板減少 (9) 血管炎 (10) 間質性肺炎 (11) 皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症 (12) ネフローゼ症候群。これらの症状が認められたり疑われたりした場合は、すぐに医師に申し出てください。

なお、任意接種によって健康被害が生じた場合の救済は、**独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく医薬品副作用被害救済制度**の対象となります（定期接種の予防接種健康被害救済制度とは制度が異なります）。該当する可能性がある場合は、まず当院までご相談ください。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱のある人（通常は37.5℃以上の人）
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、他の薬でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください
4. 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、血液の病気などのある人
2. かぜなどのひきはじめと思われる人
3. 過去に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人
6. 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
7. 妊娠の可能性のある人（妊娠中の接種は勧められていますが、念のためお申し出ください）
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器の病気のある人

予防接種を受けた後の注意

1. 接種後30分程度は、急な副反応が起きることがあります。体調の変化に注意し、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう
2. 接種後1週間は、副反応の出現に注意しましょう
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう
4. 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。激しい運動や多量の飲酒は避けましょう
5. 万一、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

18歳未満の方へ（保護者の方へのお願い）

当院では、18歳未満の方の接種は保護者の方のご同伴を原則としております。**ご同伴になれない場合は、別紙「保護者同意書」にご署名のうえ、接種当日に必ずご持参ください。同意書がない場合、保護者の同伴なしでの接種はお受けできません。**あわせて、裏面の予診票の「保護者の氏名」欄と署名欄にもご記入をお願いいたします。

仙台どうき・息切れ内科総合クリニック 仙台市太白区向山2丁目18-10 TEL 022-302-5241

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※仙台市の高齢者定期接種には使用できません。定期接種の方は受付で仙台市の予診票をお受け取りください。

☐ 白い太枠の欄にご記入ください。回答欄はどちらかに○印をつけてください。 ☐ 灰色の欄は当院で記入しますので、ご記入不要です。
18歳未満の方の場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

診察前の体温	当院記入 ℃	TEL	
住 所	〒		
受ける人の氏名	フリガナ	性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日生（満 歳）
保護者の氏名	フリガナ	※18歳未満の方のみご記入ください	

質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄 (記入不要)
1	表面の説明書を読んで、理解しましたか	はい いいえ	
2	今シーズン、すでにインフルエンザワクチンを接種しましたか	いいえ はい（ 月 日ごろ）	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか	いいえ はい（具体的に： ）	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか 「はい」の場合、薬をのんでいますか（のんでいる・のんでいない）	いいえ はい（病名： ）	
5	最近1か月以内に、熱が出たり、病気ににかかったりしましたか	いいえ はい（病名： ）	
6	心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症など、特別な病気で医師の診察を受けていますか 「はい」の場合、その主治医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）	いいえ はい（病名： ）	
7	気管支喘息、間質性肺炎などの呼吸器の病気で、現在治療中ですか	いいえ はい（病名： ）	
8	近親者に、先天性免疫不全と診断された方がいますか	いない いる	
9	今までに、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	ない ある（ 歳ごろ・ 回ぐらい）	
10	薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で、皮膚に発しん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	ない ある（薬・食品名： ）	
11	これまでに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことがありますか	ない ある（予防接種名・症状： ）	
12	最近1か月以内に、予防接種を受けましたか	いいえ はい（予防接種名： ）	
13	（女性の方に）現在、妊娠している可能性がありますか。または授乳中ですか	いいえ はい（妊娠 か月・授乳中）	
14	今日の予防接種について、質問がありますか	いいえ はい	

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

本人・保護者 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などを理解した上で、接種することに （ 同意します ・ 同意しません ） 署名 _____（代筆者の場合：続柄 _____） ※診察後にご記入ください。被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。18歳未満の方は保護者が署名してください。
---------------	---

医師記入欄 (記入不要)	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総機構法に基づく救済について説明しました。	医師 諸沢 薦 ☐
-----------------	---	----------------------------------

使用ワクチン名（当院記入）	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン 販売会社名 [] Lot No. : カルテNo. :	皮下接種 ☐ 0.5 mL 接種部位：右上腕・左上腕	実施場所：仙台どうき・息切れ内科総合クリニック 医 師 名：諸沢 薦 接種日時： 年 月 日 時 分