任意接種用

インフルエンザHAワクチンを接種される方へ

インフルエンザHAワクチンの予防接種を実施するにあたって、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、以下のインフルエンザHAワクチンに関する情報を必ずお読みください。また、予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している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、インフルエンザの感染予防や症状を軽くし、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがあります。また発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下なども起こることがあります。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫なども起こることがあります。その他に蜂巣炎、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、ぶどう膜炎、振戦があらわれることがあります。強い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申し出てください。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、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(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(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(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。

● 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(37.5℃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HAワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)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

● 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

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
3. 過去に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
4. 今までにけいれんを起こしたことがある人
5. 過去に本人や近親者で免疫状態の異常を指摘されたことのある人
6. 間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
7. 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のある人
8. 妊娠の可能性のある人

● ワクチン接種後の注意

1. インフルエンザHAワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれ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、注射した部位をこする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、いつも通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。

接種予定日	月　日(　) 時　分頃	医療機関名	

インフルエンザHAワクチンの接種により、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、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、救済手続きを行う制度があります。
詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。

問い合わせ先は右記のとおりです。　独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
電 話 : 0120-149-931(フリーダイヤル)　URL : http://www.pmda.go.jp

インフルエンザHAワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。
※お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　所	TEL　（　　）　　－		
（フリガナ） 予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	年　　月　　日生 （満　　歳　ヵ月）
（保護者の氏名）			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
5. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
[“ある”の場合]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良いといわれましたか	はい	いいえ	
6. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
[“ある”の場合]ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　　℃）	いいえ	
7. 今までに間質性肺炎、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	ある（年　月ごろ　現在治療中・治療していない）	ない	
8.【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
9.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
10. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	ある（　年　月ごろ）	ない	
[“ある”の場合]その際に具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
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がありますか	ある（予防接種名）	ない	
11. 4週間以内に予防接種を受けましたか	ある（予防接種名）	ない	
12. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
13. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる（予防接種名）	いない	
14. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
15. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる	いない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 実施できる・見合わせたほうがよい ）と判断します。接種を受ける本人（またはその保護者）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ました。 医師の署名または記名押印（　　）

本人（またはその保護者）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について理解しました。以上の内容に同意し、接種を希望しますか。（ はい ・ いいえ ）

（なお、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。）　署名　　（代筆者の場合：続柄　　）

医師記入欄

使用ワクチン名・メーカー名		接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン □「ビケンHA」 □フルービックHAシリンジ 製造販売：（一財）阪大微生物病研究会 （販売：MSD株式会社）	Lot No. カルテNo.	皮下接種 □0.25mL（6ヵ月以上3歳未満） □0.5mL（3歳以上）	医療機関名： 医師名： 接種年月日：　年　月　日　時

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。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。