# インフルエンザHAワクチン予防接種予診票　任意接種用

＊**接種希望の方へ：太ワク内**にご記入下さい。
＊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下さい。

| 診察前の体温 | 度　　分 |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住　　所 | | | TEL（　　）　　— | |
| （フリガナ）<br>受ける人の氏名 | （　　） | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年　　月　　日生<br>（満　　歳　　ヵ月） |
| （保護者の氏名） | | | | |

| 質　問　事　項 | 回　答　欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 1．今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。 | いいえ | はい | |
| 2．今日受けるインフルエンザHAワクチンの予防接種は今シーズン１回目ですか。 | いいえ（　　）回目<br>前回の接種は（　　月　　日） | はい | |
| 3．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 | |
| 4．現在、何かの病気で医師にかかっていますか。<br>・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。<br>・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　病名（　　）<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ | いいえ | |
| 5．最近１ヵ月以内に病気にかかりましたか。 | はい　病名（　　） | いいえ | |
| 6．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、医師の診察を受けましたか。 | はい<br>病名（　　） | いいえ | |
| 7．これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。 | はい（　　）年（　　）月頃<br>（現在治療中・治療していない） | いいえ | |
| 8．これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 | はい（　　）回ぐらい<br>最後は（　　）年（　　）月頃 | いいえ | |
| 9．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。 | はい<br>薬または食品の名前<br>（　　） | いいえ | |
| 10．近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。 | はい | いいえ | |
| 11．１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。 | はい<br>病名（　　） | いいえ | |
| 12．１ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい　予防接種の種類（　　） | いいえ | |
| 13．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<br>（　　） | いいえ | |
| 14．（女性の方に）現在妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| 15．（接種を受けられる方がお子さんの場合）<br>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<br>具体的に（　　） | いいえ | |
| 16．その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。 | | | |

**医師の記入欄：**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）　**医師の署名又は記名押印**

本人（もしくは保護者）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、予防接種の効果や目的、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。<br>（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）<br>（※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。続柄　　） |
|---|---|

| 使用ワクチン名 | | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---|---|---|---|
| インフルエンザHAワクチン<br>□ デンカ株式会社 | Lot. No. | 皮下接種<br>□ 0.5mL（３歳以上）<br>□ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満） | 実施場所：<br>医　師　名：<br>接種年月日：　　年　　月　　日 |
| カルテNo. | | | |

**記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。**

# インフルエンザHAワクチンの予防接種について

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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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下さい。

## 〔ワクチンの効果と副反応〕

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、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合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管性浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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下さい。

**非常にまれですが、次のような重大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（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）②急性散在性脳脊髄炎（ADEM）：通常、接種後数日から2週間以内に（まれに28日以内に）発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などがあらわれる 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免疫性血小板減少症、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**

上記の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下さい。なお、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、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HA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. 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あたり、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
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、じんましん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のある人
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. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

## 〔予防接種を受けた後の注意〕

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、接種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、普段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下さい。

| あなたの接種予定日 | 医療機関名 |
|---|---|
| 月　　日（　）です<br>当日は受付に　　時　　分頃 おこし下さい | |

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた人又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。問合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
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話：0120-149-931（フリーダイヤル）
URL：https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html

アステラス製薬株式会社