

インフルエンザHAワクチンの接種について

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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、予診票に健康状態をよく把握している保護者ができるだけ詳しくご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。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、副反応は一般的に軽微です。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。数日以内に自然に消失します。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、頭痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多型紅斑、かゆみ、血液浮腫などがおこることもあります。その他に蜂巣炎、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューパチー、失神、血管迷走神経反応、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、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、血液浮腫など)、(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)ネフローゼ症候群など。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

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(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(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相当と判断した人

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、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健所の指導を受けている人
3. 過去に予防接種を受けた時に、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. 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がある人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全の人がいる人
7. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 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。激しい運動は避けましょう。
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ることはやめましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等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。

大田区小児インフルエンザ予防接種予診票

*太ワク内に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	大田区		TEL ()	—
(フリガナ)	()		男	西暦
受ける人の氏名		生年	年	月 日生
(保護者の氏名)		月日	(歳	ヵ月)
女				

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 (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。 ・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言われましたか。	はい 病名 () はい・いいえ 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 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 (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 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 薬または食品の名前 ()	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 病名 ()	いいえ
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 (新型コロナワクチン接種を受けた場合) 受けてから2週間たっていますか。	はい 予防接種の種類 () はい・いいえ	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 ()	いいえ
14. 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
15. 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**
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、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)	保護者の署名
--	--------

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	皮下接種	実施場所：
Lot. No.	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	医師名：
カルテ No.	<input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	接種年月日： 年 月 日

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。