

インフルエンザワクチンの接種について

平成30年度
(未成年者用)

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

[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、小水疱ができることがあります。通常は2～3日で消失します。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、咳、動悸なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、神経系障害として顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパシー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、眼障害としてぶどう膜炎もまれに起こります。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下さい。

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、血管浮腫等)
(2)急性散在性脳脊髄炎(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(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等)
(10)間質性肺炎(11)皮膚粘膜眼症候群(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(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ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーをお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
5. 医療法人財団 綜友会では
* 卵アレルギー(鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)のある人(既往も含む)
* 妊娠している人、妊娠の可能性のある人

[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. カゼなどのひきはじめと思われる人
3. 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. 薬の投与又は食事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がある人
7. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

[ワクチン接種後の注意]

1. インフルエンザ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。
会場内(会場と同じ建物内)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、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

予防接種の個人情報取扱についてのご説明

PP-050-Ver1.2

医療法人財団 綜友会(以下、当法人という)では、予防接種を受けられる皆様の個人情報を、当法人の掲げる個人情報保護方針・関連規定類、法令に基づいた適正な取り扱い、管理及び保護に努めます。下記内容をご理解いただき、個人情報の提供及び利用に同意くださるようお願いいたします。

1. 個人情報の利用目的は予防接種の実施です
2. 第三者提供と委託はいたしません
3. 個人情報について、法令の範囲内でご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止などを求めることが出来ます。
下記の問合せ窓口までご相談ください。
4. 個人情報を提供することは任意ですが、提供頂けない場合、適切な医療サービスに支障が出る場合がございます。

問い合わせ窓口：医療法人財団 綜友会 個人情報管理責任者

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田2-20-15

TEL 03-3200-1540 FAX 03-3200-1558

インフルエンザ予防接種予診票

未成年者(接種当日20歳未満)用

※裏面の「個人情報取扱についてのご説明」に同意の上、受診してください。

受診番号	
受診日	

検診名			
法人名			
所属			
従業員番号			
フリガナ氏名【自署】	※氏名の自署で個人情報取扱に関する同意とします		性別
生年月日	年	月	日生
	年齢		

検診区分	
------	--

※ 体温は当日、会場で測定します

体温	度	分
----	---	---

* 接種希望の方へ：太ワク内を黒ボールペン自筆でご記入下さい。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 本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?	はい	いいえ	
2 本日に具合の悪いところがありますか?	いいえ	はい 具体的に ()	
3 現在、何かの病気で通院をしていますか?	いいえ	はい 病名 ()	
4 現在、何かの病気で薬を飲んでいますか?	いいえ	はい 薬の名前 ()	
5 1カ月以内に病気にかかりましたか?	いいえ	はい 病名 ()	
6 1カ月以内に家族や周囲に風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ などにかかった方がいますか?	いいえ	はい 病名 ()	
7 1カ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 ()	
8 今までに、心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・ 喘息・その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか?	いいえ	はい 病名 ()	
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?	いいえ	はい 起こした年齢 () 歳頃	
10 今までに薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が 出たり、体の具合が悪くなった事がありますか?	いいえ	はい 薬・食品の名前 ()	
11 近親者に 先天性免疫不全と診断された方がいますか?	いいえ	はい 続柄 ()	
12 これまでに 予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか?	いいえ	はい 予防接種名 () 症状()	
13 家族(血縁)に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか?	いいえ	はい 続柄 ()	
14 本日の予防接種について医師に質問がありますか?	いいえ	はい 具体的に ()	
15 (女性の方に) 現在、妊娠あるいはしている可能性はありますか?	いいえ	はい	

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師の署名

裏面の説明を読み予防接種の効果や副作用などについて理解したうえで子供に接種させることに同意します

保護者署名欄(続柄) () 本人の署名

使用ワクチン名	用法・用量	Lot. No.
インフルエンザHAワクチン	皮下・0.5ml	

医療法人財団 綜友会

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田2-20-15