

- * 中学生までのお子様は母子手帳がないと接種できません。
- * 65歳以上の方は市指定の予診票にご記入いただきますので、受付にお申し出ください。(鎌倉・逗子・葉山)

【ワクチンの効果と副反応】

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。全身症状として、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、咳嗽、動悸など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2~3日で消失します。蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、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、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。

(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) ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4) けいれん(熱性けいれんを含む)、(5) 肝機能障害、黄疸、(6) 喘息発作、(7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8) 血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎など)、(9) 間質性肺炎、(10) 脳炎・脳症、脊髄炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12) ネフローゼ症候群。

なお、副反応による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℃以上)
- 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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師にその旨を伝え、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、医師とよく相談しなくてはならない人】

- ① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 前回の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症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 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がある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人(妊娠中の方も接種可能です。妊娠中の旨を必ず医師に伝えてください。)

【予防接種を受けたあとの注意】

- ① 接種後30分間は様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師にすぐに連絡を取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ってください。はげしい運動や飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師に連絡し、診察を受けてください。

インフルエンザ予防接種 予診票

住所		電話		診察前の体温		度 分	
フリガナ		男	生	昭和 ・ 平成 ・ 令和			
予防接種を受ける人の氏名		・	年	年 月 日			
(保護者の氏名)		女	月	(歳 力月)			
		日					
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			はい			いいえ	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか			1回目			2回目	
3. 【お子様の場合】分娩時・出産時・乳児健診時などで異常がありましたか？			ある（具体的に）			ない	
4. 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	
5. 現在、何かの病気で通院していますか			はい（病名）			いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか			はい（病名）			いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜ などにかかった方はいますか			いる（病名）			いない	
8. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか			はい（予防接種名）			いいえ	
9. 今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			ある（具体的に）			ない	
10. 今までに、先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全症・ 悪性腫瘍等にかかり、医師の診断をうけたことがありますか			ある（具体的に）			ない	
(ある場合) その病気をみ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	
11. 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（ 歳頃）			ない	
(ある場合) 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	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことはありますか			ある			ない	
13. 薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹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			ある（薬・薬品名）			ない	
14. 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	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか			いる			いない	
16. 【女性の場合】現在、妊娠していますか			はい			いいえ	
17. 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記入してください。（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（ 可能 ・ 見合わせる ）							
本人（もしくは保護者）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、説明した <u>医師の自署または記名押印</u>							
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や副反応について理解したうえで接 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）			本人の署名（未成年者は保護者の署名）				
使用ワクチン名・メーカー名	接種量（皮下）	実施場所・医師名・接種日時					
	<input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 0.5ml	実施場所：かまくらファミリークリニック 医師名： 接種日：2025年 月 日					