

インフルエンザ予防接種予診票

【小児・妊婦用】

体温は医療機関で測ります。

太わくの中を記入してください。

診察前の体温		度		分
住 所				
氏 名	電話番号	男 ・ 女		
生 年 月 日	年	月	日	生 (満 歳 カ月)
質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について裏面の説明書を読みましたか。		は	い	いいえ
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。		は	い	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか。		は	い	いいえ
病名 ()				
治療 (投薬など) を受けていますか。		は	い	いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		は	い	いいえ
免疫不全と診断されたことがありますか。		は	い	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。		は	い	いいえ
具合の悪い症状を書いてください。()				
薬や食品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。		は	い	いいえ
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。		は	い	いいえ
①その際に具合が悪くなったことはありますか。		は	い	いいえ
②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はありますか。		は	い	いいえ
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。		は	い	いいえ
1 か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ()		は	い	いいえ
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。		は	い	いいえ
病名 ()				
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よいと言われましたか。		は	い	いいえ
最近 1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。		は	い	いいえ
病名 ()				
今日の予防接種について質問がありますか。		は	い	いいえ
医師記入欄	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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印			
ワクチン名・ロット番号		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 インフルエンザHAワクチン Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認		ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日	

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

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、予防接種健康被害救済制度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)

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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 保護者自署
(妊婦は被接種者自署)

氏 名	住 所
生 年 月 日	使用ワクチン名 有 効 期 限
接 種 年 月 日	実施医療機関 医 師 名
	インフルエンザ HA ワクチン Lot No. 令和 年 月 日

インフルエンザ請求券
(予診料請求券)

※下記に該当する場合、○で囲んでください。

小 児	妊 婦	見合わせ	理由 ()
-----	-----	------	--------

インフルエンザ予防接種説明書【小児・妊婦用】

1. ワクチンの効果と副反応について

このワクチンは、季節性インフルエンザウイルスのA型の2種類とB型の2種類をそれぞれ発育鶏卵の漿尿膜腔内に接種して増殖させ、エーテルを加えてウイルス表面のHA成分を採取し、ホルマリンで不活化したワクチンです。どのウイルス株を使用するかについては季節性インフルエンザの流行状況やウイルスの状況を参考にして決定されています。

また、上記のとおり季節性インフルエンザウイルスワクチンは製造過程で発育鶏卵を使用されますが、鶏卵成分は精製段階で除去されています。しかし、卵アレルギーが明確である方が接種を受ける場合には注意が必要です。鶏卵、鶏肉にアナフィラキシーがあった方で、接種を希望される場合には主治医におたずねください。

乳幼児のインフルエンザウイルスワクチンの有効性に関しては、報告によって多少幅がありますが、概ね20～60%の発病防止があったと報告されています。また、乳幼児の重症化予防に関する有効性を示唆する報告も散見されます。

◎重大な副反応 ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）

※ほとんどは接種後30分以内に生じますが、まれに接種後4時間以内に生じることがありますので、十分に注意をしてください。

※この他、重大な副反応として、ギラン・バレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄（ADEM）、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作等があらわれたという報告があります。

◎その他の副反応

①接種直後～数日中：発疹、じんましん、紅斑、掻痒等

②発現しても通常2～3日で消失：発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、発赤、腫脹、疼痛等

2. 接種にあたっての注意事項

下記①～④のいずれかに該当する方は接種を控えるようにしてください。

①接種当日、37.5℃以上の明らかな発熱がみられる。

②重篤な急性疾患にかかっている。

③過去、予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーになったことが明らかである。

④過去、インフルエンザの予防接種で接種後2日以内に発熱、または全身性発疹などのアレルギーを疑う症状がおきたことがある。

その他、予防接種を行うことが不適当な状態である場合につきましては、接種医に個別でご相談ください。

3. 予防接種を受けた後の一般的な注意事項

①ワクチン接種後24時間は健康状態の変化に十分注意し、観察をしてください。

特に、接種後30分以内は急激な健康状態の変化に注意してください。

②接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は急激な運動を避けるよう注意してください。

③接種後に接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

4. 予防接種による健康被害救済制度について

本予防接種の影響により健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の対象となる場合があります。こちらは、定期接種が対象となる予防接種法と比較して、救済の対象や給付額等が異なります。

※給付申請の必要が生じた場合には、各市町村の予防接種担当部局までご相談ください。