

※1 ページの説明文をお読み、

2 ページ問診票を印刷、記入してお持ちいただくと受付の待ち時間が短くなります。

宮下内科循環器クリニック 松本市梓川俣 2303-5

任意接種

## インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

### 1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過(肺炎、死亡など)をたどることがあり、注意が必要です。

### 2. ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くなります。また、重症化して入院することを防ぐ効果が期待されます。ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。

(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(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12) ネフローゼ症候群。

### 3. 次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃をこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、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や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応の起こしたことがある方
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

### 4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
- 7) 妊娠している方
- 8) 出生時に未熟児で発育の悪い方(接種される方がお子さまの場合)
- 9) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)

### 5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 5) 接種当日はいつも通りの生活をしてください。但し接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

「インフルエンザHAワクチン接種予診票」(裏ページ)にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。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等をご覧ください。

|               |                |               |  |
|---------------|----------------|---------------|--|
| 接種<br>予定<br>日 | 月 日 ( ) です     | 医療<br>機関<br>名 |  |
|               | 時 分頃までにおこし下さい。 |               |  |

監修：北里大学 北里生命科学研究所 所長 中山哲夫 先生

| 回目  |  | インフルエンザHAワクチン接種申込書・予診票                   |   | 宮下内科循環器クリニック 任意接種用      |     |
|---|--|--|---|-------------------------|-----|
| カルテNo.  |  | 診察前の体温                                   |   |                         |     |
| * 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をご記入下さい。                          |  |  |   | 度                       | 分   |
| ふりがな  |  |  |   |                         |     |
| 受ける人の氏名   |  | 生年月日                                     | 歳 | か月                      | 男・女 |
| 住所 〒  |  | 明治・大正・昭和・平成                              |   | 年                       | 月 日 |
| 保護者の氏名  |  | 電話番号 ( ) -                               |   |                         |     |
| 質問事項  |  | 回答欄                                      |   | 必ず医師チェック・記入欄            |     |
| 1. 今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか？          |  | いいえ                                      |   | はい                      |     |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は <b>今シーズン1回目</b> ですか。                     |  | いいえ ( ) 回目                               |   | はい                      |     |
| ・前回(過去)インフルエンザで具合悪くなりましたか？                                    |  | 前回の接種は( 月 日)                             |   |                         |     |
|   |  | はい(症状 ( ))                               |   | いいえ                     |     |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。                                       |  | ある                                       |   | いいえ                     |     |
|   |  | 具体的に( )                                  |   |                         |     |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。                                      |  | はい 病名( )                                 |   | いいえ                     |     |
| ・その場合、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予防接種を受けてもよいと言われましたか。                               |  | はい・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. 今までに特別な病気(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ていますか。 |  | はい                                       |   | いいえ                     |     |
|   |  | 病名( )                                    |   |                         |     |
| 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                              |   | いいえ                     |     |
|   |  | (現在治療中・治療していない)                          |   |                         |     |
| 8. 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。                               |  | ある( )回ぐらい                                |   | ない                      |     |
|   |  | 最後( )年( )月頃                              |   |                         |     |
| 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でたり、体の具合が悪くなったことがありますか。         |  | ある                                       |   | ない                      |     |
|   |  | 薬または食品の名前                                |   |                         |     |
|   |  | ( )                                      |   |                         |     |
| 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                                       |   | いない                     |     |
| 11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。                |  | いる                                       |   | いない                     |     |
|   |  | 病名( )                                    |   |                         |     |
| 12. <b>1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。</b>                                 |  | はい 接種名( )                                |   | ない                      |     |
| 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。                            |  | ある                                       |   | ない                      |     |
|   |  | 名・症状( )                                  |   |                         |     |
| 14. (女性の方に)現在妊娠していますか。  |  | はい                                       |   | ない                      |     |
| 15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。            |  | ある                                       |   | ない                      |     |
|   |  | 具体的に( )                                  |   |                         |     |
| 16. (保護者の方に)母子手帳を確認し記入に誤りはありませんか。                             |  | はい間違いはありません                              |   |                         |     |
| 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、具体的に書いて下さい。                  |  |  |   |                         |     |
| 医師の記入欄  |  | 医師の署名又は記名押印                              |   |                         |     |
| 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(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、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       |  | 本人の署名(もしくは保護者の署名)                        |   |                         |     |
| (接種を希望します・接種を希望しません)  |  | (※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 松本市 梓川 倭2303-5 |     |
| インフルエンザHAワクチン   |  | 皮下接種                                     |   | 宮下内科循環器クリニック 宮下 豊久      |     |
| Lot. No   |  | □0.5ml(3歳以上) □0.25ml(6か月～3歳未満)           |   | 接種日時 年 月 日 時 分          |     |
| 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。                            |  |  |   | サイン                     |     |