インフルエンザワクチン接種にあたっての注意事項

宝塚市

1　季節性インフルエンザワクチンについて

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、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合併症や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応として、注射部位の発赤、腫脹、疼痛等や、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、２～３日中に消失します。重大な副反応としてはショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群、けいれん、肝機能障害、黄疸、喘息発作、脳症、脊髄炎、視神経炎等があらわれたとの報告があります。

ワクチンの製造過程で発育鶏卵が使用されますが、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な人や、卵アレルギーの有無が不明な人（これまでに卵を食べた経験がない乳児など）が接種する場合は、医師とよく相談してください。鶏卵、鶏肉にアナフィラキシー（顔面蒼白、呼吸困難等の症状）がある人は、接種を受けることができません。

2　受ける前の注意

(1)予診票は、受けられる方の健康状態をよく把握するために必要な資料です。お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

(2)次の人は、インフルエンザの予防接種は受けられません。

・明らかな発熱を呈している人（37.5℃以上の人）
・重篤な急性疾患にかかっている人
・接種しようとする接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人
・その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

(3)次の人は、インフルエンザの予防接種を受けるに際し、医師とよく相談してください。

・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
・前回の予防接種で接種後２日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
・過去にけいれんの既往のある人
・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症の人がいる人
・接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人

(4)インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンのみ、同時接種が可能。（同時接種しない場合も、間隔の規定はなし。）インフルエンザ以外のワクチンと、新型コロナワクチンはともに、片方のワクチンを受けてから、従来通り２週間以上の間隔をあけて、他方のワクチンを接種すること。

3　受けたあとの注意

(1)接種後は、接種部位を清潔に保ってください。
(2)接種当日は、激しい運動は避けてください。
(3)普段と変わりなければ接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこするのはやめてください。
(4)接種後1週間は、副反応の出現に注意してください。
(5)抜歯、手術等は緊急の場合を除き、接種後1か月は避けてください。
(6)接種後、局所の異常反応や体調の変化が起こった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

4　予防接種健康被害救済制度について

予防接種法に基づかない接種（任意接種）で健康被害を受けた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。救済制度についてのご相談及び詳細は独立行政法人医薬品医療機器総合機構にご相談いただくか、ホームページをご覧ください。

◇救済制度相談窓口　　電話番号　０１２０－１４９－９３１　・　０３－３５０６－９４１１
　　受付時間　月～金（祝日・年末年始を除く）９時～１７時
◇ホームページ　　https://www.pmda.go.jp

※健康被害が生じた場合は、宝塚市立健康センター（０７９７－８６－００５６）までご連絡ください。

この用紙は回収いたします。上記内容を記載した用紙をご希望の方は、接種医療機関にお申し出ください。

任

あんずこどもクリニック

インフルエンザ行政措置任意予防接種予診票（有料）

住所	宝塚市		生年月日	H・R　年　月　日生 （満　歳　か月）		
TEL						
ふりがな 受ける人の氏名		男・女	どちらかに〇をつけてください	1回目	2回目	医師記入欄
保護者の氏名			診察前の体温	度　分		

質　問　事　項	回　答　欄		
1　現在宝塚市に住民票がありますか	はい	いいえ	
2　今日受ける予防接種についての説明書(別紙)を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
3　**7歳未満の方のみご記入ください** あなたのお子さんの発育歴についておたずねします	出生体重 (　　) g		
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
4　今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
5　最近１か月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
6　１か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか　病名（　　）	はい	いいえ	
7　１か月以内に予防接種を受けましたか　受けた日（　令和　年　月　日　） 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
8　生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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 病名（　　）	はい	いいえ	
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いわれましたか	いいえ	はい	
9　ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか　（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか	いいえ	はい	
10　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	
11　近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
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 予防接種の種類（　　）	ある	ない	
13　近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
14　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**　）

保護者(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、説明をした。

医師署名又は記名押印【　　】

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。 **保護者自署【　　】**

このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) ☐３歳未満 0.25ml ☐３歳以上 0.5ml	実施場所　あんずこどもクリニック 医師名　近藤　杏子 接種年月日　令和　5　年　月　日