



## インフルエンザワクチンの接種について（裏面）

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。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がご記入下さい。

### 【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、下痢、関節痛、筋肉痛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、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみなど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、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、呼吸困難など）、(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。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となります。

### 【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起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下さい。
- 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、発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3、カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4、予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5、薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）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
- 6、今までにけいれんを起こしたことがある人
- 7、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のある人
- 8、妊娠の可能性のある人
- 9、気管支喘息のある人

### 【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。医療機関にいるなどして、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出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

### 体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください

注：診察券お持ちの方はこの用紙に記入の必要はありません(☆部分はご家族がかかられている場合のみ)

：この用紙に記入後、接種日1週間前までに、必ず当クリニックにお持ち下さい

## 仮予約番号(はじめての方)専用インフルエンザワクチン予約票

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - 携帯番号 -

お氏 氏 名	仮予約番号 [ ]
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 男・女( 才)
就 園・学 状 況	( )3才未満 ( )3才以上 13才未満 ( )13才以上 『注』1回目接種時点の年齢
診察券お持ちの 同居家族名	診察券番号( ) 氏名 _____ ☆診察券お持ちの御家族1名分ご記入をお願いします
接 種 日 (予約された 接種日を記入)	1回目 月 日 曜日 *土曜のみ ( )11:10( )17:15( )17:30( )17:45 *( )7:45 2回目 月 日 曜日 ( )11:10( )17:15( )17:30( )17:45 *( )7:45
お氏 氏 名	仮予約番号 [ ]
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 男・女( 才)
就 園・学 状 況	( )3才未満 ( )3才以上 13才未満 ( )13才以上 『注』1回目接種時点の年齢
診察券お持ちの 同居家族名	診察券番号( ) 氏名 _____ ☆診察券お持ちの御家族1名分ご記入をお願いします
接 種 日 (予約された 接種日を記入)	1回目 月 日 曜日 *土曜のみ ( )11:10( )17:15( )17:30( )17:45 *( )7:45 2回目 月 日 曜日 ( )11:10( )17:15( )17:30( )17:45 *( )7:45
お氏 氏 名	仮予約番号 [ ]
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 男・女( 才)
就 園・学 状 況	( )3才未満 ( )3才以上 13才未満 ( )13才以上 『注』1回目接種時点の年齢
診察券お持ちの 同居家族名	診察券番号( ) 氏名 _____ ☆診察券お持ちの御家族1名分ご記入をお願いします
接 種 日 (予約された 接種日を記入)	1回目 月 日 曜日 *土曜のみ ( )11:10( )17:15( )17:30( )17:45 *( )7:45 2回目 月 日 曜日 ( )11:10( )17:15( )17:30( )17:45 *( )7:45