

☐ 注射 インフルエンザHAワクチン予防接種（1回目・2回目）

☐ 点鼻 経鼻弱毒性インフルエンザワクチン接種（フルミスト点鼻液）



▲持ち物等

\*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

|                        |  |                                         |  |      |  |                                         |  |
|------------------------|--|-----------------------------------------|--|------|--|-----------------------------------------|--|
|                        |  | 来院時の体温                                  |  | 度    |  | 分                                       |  |
| 住 所                    |  | TEL (       )       -       (続柄       ) |  |      |  |                                         |  |
| (フリガナ)<br>予防接種を受ける人の氏名 |  | 男・女                                     |  | 生年月日 |  | 令和<br>平成<br>昭和       年       月       日生 |  |
| 保 護 者 の 氏 名            |  |                                         |  |      |  | (       歳       カ月 )                    |  |

| 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。                                                         | いいえ                                          | はい  |       |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。<br><small>注：経鼻弱毒性ワクチン（フルミスト点鼻液）はシーズン1回投与になります。</small> | いいえ (       ) 回目                             | はい  |       |
| 3. 1週間以内に、普段と違って具合の悪いところや熱はありましたか。                                                      | はい<br>(具体的に       )                          | いいえ |       |
| 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 |       |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。                                                      | いいえ                                          | はい  |       |
| 5. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか。                                                                | はい(病名       )                                | いいえ |       |
| 6. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類(       ) 接種月日(       月       日 )                       | はい                                           | いいえ |       |
| 7. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、喘息、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。       | はい(病名       )                                | いいえ |       |
| ["はい"の場合]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。                                        | いいえ                                          | はい  |       |
| 8. 今までに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。                                                    | はい(最終発作       年       月頃)<br>現在治療中 ・ 治療していない | いいえ |       |
| 9. 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。                                                         | はい (       回くらい )<br>(最後は       年       月頃)  | いいえ |       |
| ["はい"の場合]けいれん(ひきつけ)を起こしたとき、熱は出ましたか。                                                     | はい (       ℃ )                               | いいえ |       |
| 10. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。                                 | はい<br>(具体的に       )                          | いいえ |       |
| 11. 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。                                                       | はい(       年       月ごろ )<br>(症状       )       | いいえ |       |
| 12. 薬や食品(鶏卵、鶏肉、ゼラチンなど)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。                                | はい<br>(薬、食品名       )                         | いいえ |       |
| 13. 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。                                                      | はい<br>(予防接種名       )                         | いいえ |       |
| 14. 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 |       |
| 15. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。                                           | はい                                           | いいえ |       |
| 16. 【女性の方に】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ご記入ください。                                                |                                              |     |       |

医師の記入欄： 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。フルミスト点鼻液の場合、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。

医師の署名または記名押印

中川 真哉

本人(またはその保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで接種することに( 同意します ・ 同意しません )。

署名(同伴者名)

(続柄:       )

|               |                             |         |                                               |
|---------------|-----------------------------|---------|-----------------------------------------------|
| 使用ワクチン名・メーカー名 | 接種量・用法・用量                   | Lot No. | 実施場所・医師名・接種年月日                                |
| インフルエンザHAワクチン | <皮下接種><br>□0.5mL    □0.25mL |         | 医療機関名: 医)まちのほけんしつ すこやかkidsクリニック<br>医師名: 中川 真哉 |
| フルミスト点鼻液      | <点鼻><br>□0.2mL (各鼻腔0.1mL噴霧) |         | 接種年月日:                                        |

# インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザ予防接種にあたっては、ワクチンの種類(注射タイプまたは点鼻タイプ)によって内容が異なるため、以下の説明をよくお読みください。特にお子さまの場合は、保護者の方が十分に内容をご確認いただいたうえで、予診票の記入と接種をお願いします。

## 【ワクチンの種類と効果・副反応】

### ◆ 従来型(インフルエンザ HA ワクチン:注射タイプ・不活化ワクチン)

このワクチンは不活化されたインフルエンザウイルス成分を含み、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、食欲減退、関節痛、倦怠感、筋肉痛なども起こることもあります。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、多形紅斑、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ください。

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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群。

(1)から(12)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ください。

### ◆ フルミスト(経鼻生ワクチン:点鼻タイプ)

このワクチンは弱毒化したインフルエンザウイルスを鼻から噴霧して免疫をつける生ワクチンです。2歳以上19歳未満の健康な方が対象となります。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、発熱、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また非常にまれですが重い副反応として次のようなものが報告されています。(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)や、(2)ベル麻痺を含む脳神経障害、(3)脳炎、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)、(6)血管炎など。

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、健康被害を受けた方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となります。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(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

## 【予防接種を受けることができない方】

次のいずれかに該当する方は、ワクチンの種類を問わず接種を受けることができません。

1. 明らかに発熱している(37.5℃以上)方
2. 重篤な急性疾患にかかっている方
3. ワクチン成分に対してアナフィラキシーを起こしたことがある方
4. (フルミスト点鼻液の場合)明らかな免疫機能の異常があると診断されている方
5. (フルミスト点鼻液の場合)妊娠中、または妊娠の可能性がある方
6. 医師が接種不適当と判断した方

## 【接種にあたって医師と相談が必要な方】

以下のような既往歴や体調がある方は、接種前に必ず医師にご相談ください。

- \* 心臓病、腎臓病、肝疾患、血液疾患などの持病がある
- \* 過去に接種後発熱や強いアレルギー反応があった
- \* けいれんの既往がある
- \* 免疫抑制治療中の方、または近親者に先天性免疫不全の方がいる
- \* 授乳中の方、妊娠希望または妊娠の可能性がある方
- \* インフルエンザ発症直後、または流行地域からの帰国直後など
- \* (フルミスト点鼻液の場合)ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)などの過敏症を起こしたことがある方

## 【接種後の注意点】

1. 接種後30分間は急な副反応に備え、院内または近くで安静に過ごしてください。
2. 接種当日は激しい運動、入浴中の長湯、飲酒を避け、体調の変化に注意してください。
3. 接種部位は清潔に保ち、こすったりしないようにしましょう。
4. フルミスト点鼻液のワクチンを受けた場合、当日は鼻を強くかまないようにしてください。
5. 万が一、呼吸困難・じんましん・高熱などの症状が出た場合は、すぐに医療機関を受診してください。
6. 接種後1～2週間は、体調不良やワクチンに関する異常がないか注意深く観察しましょう。
7. フルミスト点鼻液のワクチンを受けた場合、接種後1～2週間は、重度の免疫不全のある方との濃厚な接触は控えてください。