

インフルエンザ予防接種の留意事項

インフルエンザ予防接種を希望される方は、この説明書を読んで、予防接種の必要性や副反応について理解し、体調の良い日に受けましょう。

気にかかることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に医師等に確認してください。

なお、公費助成で接種できるのは、一人1回のみです。

予診票は接種を受ける方が責任をもって正しい情報を記入してください。

1. インフルエンザとは

インフルエンザウイルスに感染することで起こります。

インフルエンザの症状：突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、のどの痛み、咳、鼻水等。

- ・普通のかぜに比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎などを合併して重症化しやすい。
- ・短期間に小児から高齢者まで多くの人を巻き込む。

2. インフルエンザ予防接種の有効性

- ・発病防止や重症化防止に有効であることが確認されています。
- ・予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、その効果が持続する期間は約5か月間とされています。毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までに接種を受けておくことが有効です。

3. インフルエンザ予防接種の副反応

【重大な副反応】まれに起こります。すぐに医師の診察を受けてください。

- ① ショック、アナフィラキシー（呼吸困難、じんましん、血管浮腫等）

ほとんどが接種後30分以内に起こるが、まれに接種後4時間以内に起こることもある。

- ② ギランバレー症候群（手足のしびれ・歩行障害等）、けいれん、急性散在性脳脊髄炎（発熱・頭痛・けいれん・運動障害等）、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、喘息発作等

【その他の副反応】

過敏症：まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅班、かゆみ等現れることがある。

全身症状：発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあるが、通常2～3日中に消失する。

局所症状：発赤、腫脹、疼痛等を認めることがあるが、通常2～3日中に消失する。

4. 予防接種を受けることが適当でない人

- ① 明らかな発熱のある人（体温が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 予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな人。またインフルエンザワクチンによりアナフィラキシーを起こしたことがある人
- ④ インフルエンザの予防接種を受けて、2日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギー症状を疑う異常がみられた人
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5. 予防接種を受ける時、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患のある人
- ② 過去にけいれんの既往のある人
- ③ 過去に免疫不全の診断が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
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患を有する人
- ⑤ 本ワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対してアレルギーを起こす恐れのある人

6. ワクチン接種後の注意事項

- ① ワクチン接種後 24 時間は副反応（健康状態の変化）の出現に注意しましょう。特に、接種後30分間は急激な健康状態の変化に注意しましょう。
- ② 接種後は、接種部位を清潔にして、接種当日は激しい運動は避けましょう。
- ③ 接種部位の反応や体調に変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。
- 〔 予防接種による副反応症状が生じたときは、診断した医師が国に報告します。被接種者またはその家族から保健センターに報告することもできます。 〕
- ④ 予防接種当日の入浴は差し支えありません。

7. 重い副反応が起こった時の補償について

インフルエンザ予防接種により、疾病、障がい、死亡等の健康被害が生じた場合には、医療費の支給、障害年金の支給等がおこなわれます。なお、救済制度の対象となる健康被害は、厚生労働大臣が予防接種と疾病、障害との因果関係を認定したものに限りです。

<問い合わせ先>

福井市保健センター

福井市城東4丁目14-30 電話：28-1256

インフルエンザ予防接種予診票

— 福井市高齢者用 —

接種を受ける人の住所		福井市		電話	
接種を受ける人の氏名		男 女	生年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
「インフルエンザの予防接種の留意事項」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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい(具体的に)	
現在、何か病気で医師にかかっていますか。	いいえ	はい(具体的に)	
・その病気で治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
・その病気の主治医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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。	いいえ	はい(病名)	
・その病気の主治医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ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	いいえ	はい(病名)	
最近1ヶ月以内に、家族や周囲に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	いいえ	はい	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい(予防接種名)	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
②インフルエンザ以外の予防接種の際、具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい(薬・食品名)	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

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

本人の記入欄 (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、予防接種の効果や副反応、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。
(希望します ・ 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、本予診票が福井市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者自署

*自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載 代筆者 続柄

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	0.5 ml	実施場所 医療法人桂会 丹尾医院	接種年月日
		医師名	平成 年 月 日

切り取り線

インフルエンザ予防接種済証

本人用

被接種者名 被接種者住所

実施場所 福井県福井市松本4-2-6 医療法人桂会 丹尾医院 ワクチンロット番号

医師名 接種日 平成 年 月 日