

インフルエンザワクチン接種をうけられる方に

〈ワクチンの効果と副反応〉

インフルエンザは他の病気に比べて予防接種をうけていてもかかる率が高く、年齢が低いほど予防効果（かからずにすむ）が低いため、「せっかく予防接種をうけたのにかかってしまった」ということがよくあります。しかしインフルエンザワクチンの重要な効果は重症化を防ぐことにあります。高齢者の死亡率を下げたり、乳幼児の入院率を下げることは世界中で認められています。特に日本人の子どもは「脳症」をおこしやすく、予防接種で脳症が減少するという明らかなデータはありませんが、やはり子どもは予防接種をうけておく方が望ましいと考えられます。

一方、ワクチンの副反応は一般に軽微で、熱がでる率は高くありません。注射した部位が赤く腫れる、硬くなる、熱をもつなどの症状は通常2～3日で消失します。しかし、元気がない、顔色が悪い、注射した腕全体がはれるなどの場合は受診することがすすめられます。

きわめてまれにおこる副反応として、①ショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、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）などがあります。

〈予防接種をう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あきらかな人
3. 過去にインフルエンザワクチンの接種をうけて、アナフィラキシーをおこしたことがある人
4. その他、医師が予防接種をうけることが不相当と判断した人

〈問診票はできるだけ詳しくきちんと記入してください〉

〈ワクチン接種後の注意〉

1. 接種30分後以内は、アナフィラキシー様症状がおきる可能性があります。医療機関内にとどまる、車の中で待つなど医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 運動は普段している程度のことはさしつかえありません
3. 入浴はかまいません
4. 注射した部位はもまないようにしてください
5. 高熱、けいれん、元気がない、顔色が悪いなどの異常がでた場合は医師の診察をうけてください

インフルエンザ予防接種問診票

住所		体温	度 分
ふりがな		TEL	
氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄	はい	いいえ
1. ダウンロードされた説明文を読んで理解されましたか。	いいえ	はい	
2. インフルエンザワクチンは今シーズン何回目ですか。	1回目 () 2回目 ()		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ	
4. 最近1か月以内に予防接種をうけましたか。	はい(予防接種名) (うけた日 年 月 日)	いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名) 現在薬をのんでいますか (はい・いいえ)	いいえ	
6. 今までに予防接種をうけたあと体の具合が悪くなったことがありますか。	はい(予防接種名) (症状)	いいえ	
7. 薬や食物でアレルギーをおこしたことがありますか。	はい(薬、食品名)	いいえ	
8. 今までに喘息と診断されたことがありますか。	はい(現在治療中ですか はい・いいえ)	いいえ	
9. 今までに心臓、腎臓、血液、免疫不全などの特別な病気にかかったことがありますか。	はい(病名)	いいえ	
10. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい(最初のけいれん 才) (最後のけいれん 年 月頃)	いいえ	
11. 分娩時、出生時、健診で異常がありましたか。	はい(具体的に)	いいえ	
12. 1か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった人はいますか。	はい(病名) (誰がなりましたか)	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全と診断された人がいますか。	はい	いいえ	
14. (女性に)現在妊娠していますか。	はい(週)	いいえ	
15. 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記入してください。			

医師の診察・説明をうけ、予防接種の効果や副反応などについて理解したので、接種を希望します(はい・いいえ)	本人もしくは保護者の署名 _____
--	-----------------------

化血研・ジャパン・北里・微研	Lot.No. :	接種量(0.25ml・0.5ml)	接種年月日: 年 月 日
----------------	-----------	-------------------	--------------

接種医師署名 ()