

インフルエンザ HA ワクチンの予防接種をご希望の方に

(小児接種用)

1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより、インフルエンザウイルスが空気中に浮かんでいたり手についたりして、気道に感染します。感染して、1~5日すると、だるくなったり、急に発熱し、のどの痛み、せき、くしゃみが出始めますが、普通は約1週間で治ります。健康な人がインフルエンザにかかった場合は重症化することがまれなため、インフルエンザは危険な疾患として重要視されていませんでした。しかし、近年、インフルエンザの流行時にみられる乳幼児の突然死や脳症の中にインフルエンザウイルスが原因と思われる症例があることや、基礎疾患をもつ小児は合併症を起こしやすく、死亡の原因になることもある重大な感染症であることが分かってきました。

2. ワクチンの副反応

ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりします。発現頻度として発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。

3. 次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方 (通常は37.5℃をこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシーを起こしたことがある方。
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患及び血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 出生時に未熟児で発育の悪い方
- 3) 発育が悪く、医師、保健婦の指導を受けている方
- 4) 前回の予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状の見られた方
- 5) 薬の投与又は食事 (鶏卵、鶏肉など) で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 6) 過去にけいれん既往歴のある方
- 7) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方
- 8) 気管支喘息のある方

5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、急な副反応 (じんましん、せき、喘息など) が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れる様にしておきましょう。
- 2) 副反応 (発熱、頭痛、けいれんなど) の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。
- 3) 接種後に接種部分が赤く腫れたり痛む場合がありますが、通常4~5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 5) 接種当日はいつも通りの生活をしてください。但し激しい運動は避けてください。

「インフルエンザ HA ワクチン接種予診票」にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

接種予定日	第1回目	月	日 ()	医療機関名	〒570-0030 大阪府門真市末広町 18-9 TEL:06-6906-1188 松下こどもクリニック 医師：松下享
	時間：				
	第2回目	月	日 ()		
	時間：				

インフルエンザ HA ワクチン接種予診票

(小児用)

住 所			
氏 名		診察前の体温	度 分
生年月日	昭和・平成	年 月 日生 (満 歳)	男・女
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読みましたか	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	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	はい	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか	はい	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	はい	いいえ	
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 出生以後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
生まれてから今までに、けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか () 歳頃 その時熱はでましたか	はい	いいえ	
生まれてから今までに病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、血液疾患 その他病気) にかかり医師の診察を受けていますか 病名 () その病気の主治医には、今日の予防接種をうけてもよいと言われましたか	はい	いいえ	
薬や食品 (特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの) で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ① その際に具合が悪くなったことはありますか ② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()	ある ある ある	ない ない ない	
4週間以内にになにか予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
現在気管支喘息と診断されていますか	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 病名 ()	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください ()	はい	いいえ	
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)

医師のサイン _____

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる)

保護者のサイン (もしくは本人のサイン) _____

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザ HA ワクチン 製造番号:	皮下接種 mL	松下こどもクリニック 医師 松下 享 接種日時: 年 月 日 時 分