

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

＜ワクチンの効果と副反応＞

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。全身症状として、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・吐気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しづれ感などが認められることがあります、いずれも通常2~3日で消失します。

顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニユーロパシー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。(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、血管浮腫など)、(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(両手足のしづれ、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、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破碎性血管炎など)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)。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、健康被害を受けた人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になります。

＜予防接種を受けるときの注意＞

- ①インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう。
- ②受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
- ③当日は体調をよく観察して、普段と変わったととろのないことを確認してください。
- ④清潔な着衣をつましょ。
- ⑤予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょ。
- ⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょ。

＜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℃以上)
- 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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、判断を仰いでください)
- 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

＜予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人＞

- ①発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ②力ぜなどのひきはじめと思われる人
- ③家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みすぼうそう)などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ④心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ⑤前回の予防接種を受けたとき、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がみられた人
- ⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がある人
- ⑧間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人
- ⑨薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
- ⑩妊娠の可能性のある人

＜予防接種を受けたとの注意＞

- ①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③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。
- ④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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤高熱やけいれんなど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ください。

高校生(保護者同伴がない方)



インフルエンザ予防接種 同意書

〒231-0806
横浜市中区本牧町1-7
医療法人社団 広秀会
みなとクリニック

045-623-6633

△ 注意事項 △

- 1) 既婚者は保護者同伴の必要はありません。
- 2) 高校生で保護者の同伴がない場合は、下記の「インフルエンザ同意書」*を、ご記入の上ご持参ください。

*インフルエンザ同意書 裏面の事項を必ずお読みになり、ご記入の上、持参して下さい。
接種を希望しない場合には、この同意書は必要ありません。

「インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ」を読み、
予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構が実施する医薬品副作用被害救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることを同意します。

令和 年 月 日

保護者自署:

住 所:

緊急連絡先[TEL]:

子どもの名前:

みなとクリニック
MINATO CLINIC