

インフルエンザ予防接種を受ける方へ

◆◆◆必ず接種前にお読みください◆◆◆

1. インフルエンザとは

毎年、冬になると、**季節性インフルエンザ**が流行します。このインフルエンザにかかった人が咳やくしゃみをするとうイルスが空気中に広がり、それを吸い込むことでインフルエンザに感染します。インフルエンザは普通のかぜと違い、突然に高熱、筋肉や関節の痛み、頭痛や全身倦怠感などの症状が現れ、重くなると肺炎や脳炎などの合併症を引き起こします。高齢者や乳幼児、持病のある人などは合併症で亡くなることもあります。

2. インフルエンザの予防

インフルエンザ予防接種を受けることで、インフルエンザ予防効果が得られます。また、もしインフルエンザにかかったとしても重症化を防ぐことができますので、接種についての努力義務はありませんが、接種をお勧めします。

インフルエンザに対する予防効果は、接種後およそ2週間で現れ、その効果は5ヶ月間ほど続くとされています。日本では例年12月～3月にかけてインフルエンザが流行するので、**12月中旬**までに接種することが望ましいとされています（ただし、実施期間中に60歳及び65歳の誕生日を迎え接種対象になる方は、誕生日以降に接種が可能となりますのでご了承ください）。

なお、**65歳以上の方は、1回の予防接種で効果があることが分かっています。**

3. 接種に注意を要する方

以下の方は、あらかじめかかりつけ医に接種のご相談をなさってください。

- (1) 基礎疾患（持病）がある。
- (2) 以前に予防接種を受けた後、副反応がでたことがある。
- (3) けいれんをおこしたことがある。
- (4) 免疫不全といわれたことがある。
- (5) インフルエンザの予防接種液でアレルギーを起こす可能性がある。（卵アレルギーなど）
- (6) 他の予防接種を27日以内に受けている。

4. 接種後の注意

- (1) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位はこすらないようにしてください。
- (2) 接種当日の激しい運動や大量の飲酒は控えてください。
- (3) 接種後、高熱、けいれん等の症状があった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- (4) 予防接種後の予診票〔本人控〕は、健康手帳に貼るなどして、大切に保管してください。
- (5) インフルエンザ予防接種を受けますと、6日間は他の予防接種は受けられません。

5. 予防接種の副反応について

予防接種後、注射の跡が赤くなったり、はれたり、痛んだりすることがあります。

また、発熱、寒気、頭痛、倦怠感等の症状がみられることもあります。いずれも2～3日で治ります。もし、注射部位がひどくはれる、高熱が出る、じんましんが出る、呼吸が苦しくなるなど、普段と異なる症状がみられたら、早めに医師の診察をお受けください。

インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住	所			
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
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
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。	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。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
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はありますか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気ににかかったりしましたか。 病名 ()	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） 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
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書（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などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します・接種を希望しません)

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)