

◎ インフルエンザとは？

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によって起こります。

インフルエンザにかかった人が咳やくしゃみなどをするにより、ウイルスが空気中に広がり、それを吸い込むことによって感染します。

インフルエンザの流行は、通常、初冬から春先にみられますが、時には春期、夏期にもみられます。

典型的なインフルエンザの症状は、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などで、のどの痛み、咳、鼻水などもみられますが普通の風邪に比べて全身症状が強いのが特徴です。気管支炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのが特徴です。

また、インフルエンザは流行が始まると、短期的に小児から高齢者まで膨大な数の人を巻き込むという点でも普通の風邪とは異なります。

◎ 予防接種の副反応

重大な副反応

まれに、ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難、血管浮腫等)が現れることがあります。そのほとんどは接種後 30 分以内に生じますが、まれに接種後 4 時間以内に起こることもあります。その他、ギランバレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、肝機能障害、黄疸、ぜんそく発作があらわれる等の報告があります。

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、紅斑、掻痒等が現れることがあります。

【全身症状】発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、通常、2～3 日中に消失します。

【局所症状】発赤、腫脹、疼痛等を認めることがありますが、通常、2～3 日中に消失します。

◎ 予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱している人
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ インフルエンザ予防接種に含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人 (アナフィラキシーとは、通常接種後 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです)
- ④ その他、医師が不適当な状態にあると判断した場合

◎ 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- ① 心臓、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
- ② 前にインフルエンザ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思わす異常がみられた人
- ③ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ④ 今までに中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことのある人
- ⑤ インフルエンザ予防接種の成分または鶏卵、鶏肉、その他鳥由来のものに対してアレルギーがあるといわれたことのある人
- ⑥ 気管支喘息のある人

◎ 接種後の注意

- ① 接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- ② 接種から 1 時間経っていれば入浴は差し支えありません。ただし、注射をしたところをこすらないでください。
- ③ 接種後は自らの健康管理に注意し、もし高熱や体調の変化、接種局所の異常反応があった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

月 日() : 予約

インフルエンザ予防接種問診票

※太枠内を記入して下さい。

		診察前の体温	度	分
住所	〒	電話		
フリガナ				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日生 (満 歳)

質問事項	解答欄	医師の記入欄	
1 今日インフルエンザの予防接種について説明文を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか？	いいえ	はい	
2 今日、体に具合の悪いところがありますか？	ある(具体的に)	ない	
3 現在、何かの病気で通院していますか？	はい(病名) 薬をのんで (いる・いない)	いいえ	
4 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？	はい(病名)	いいえ	
5 今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症などの慢性疾患にかかったことがありますか？	ある(病名)	ない	
6 近親者に先天性免疫不全症候群と診断された方がいますか？	はい	いいえ	
7 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？	ある	ない	
8 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)のアレルギーで、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？	ある(薬または食品の名前)	ない	
9	①これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？	ある (年 月頃)	ない
	②その際に具合が悪くなったことがありますか？	ある(症状)	ない
10	これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？	ある(症状)	ない
11	最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？	はい(予防接種名)	いいえ
12	(ご婦人の方に)現在妊娠していますか？	はい	いいえ
13	(接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか？	ある(具体的に)	ない
14	その他、健康状態について医師に伝えておきたいことがあれば、具体的にお書きください。		

医師の記入欄 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 見合わせの理由()	医師の署名
被接種者の記入欄 私は医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などについて理解した上で、今日の予防接種を 希望する ・ 希望しない	被接種者の署名 ※代理人の場合、その氏名と続柄も記入 代理人氏名 続柄

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名	実施年月日
Lot.No.	mL	実施場所: 小野クリニック	令和 年
有効期限		医師名:	月 日