

# 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、インフルエンザ感染を予防したり、たとえ感染しても症状が軽くすみませす。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。

インフルエンザワクチンは一定の安全性が確認されていますが、副反応として、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、嘔気、下痢、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、しび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。

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(両手足のしびれ、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、白血球破砕性血管炎など)、(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、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④清潔な着衣をつけましょう。
- 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う。
- 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う。

## <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相当と判断した人

## <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
- ②発育が遅く、医師や保健師さんの指導を継続して受けている人
- ③カゼなどのひきはじめと思われる人
- ④前回の予防接種を受けたときに、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
- ⑤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がある人
- 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いる人
- ⑧家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻疹(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)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
- ⑨妊娠の可能性のある人
- ⑩気管支喘息のある人

## <予防接種を受けたあとの注意>

- 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

# インフルエンザ予防接種保護者同意書

(被接種者が15歳以上で保護者の同伴がない方用)

(注意)

※未成年の方の接種は原則保護者の同伴が必要となります。

※15歳以上でやむをえずお子様がおひとりで予防接種を受ける場合は必ずこの同意書を提出するようにしてください。

「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などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。

平成 年 月 日

保 護 者 自 署	
住 所	
緊 急 の 連 絡 先	(当日、保護者と連絡がとれる番号)
被 接 種 者 氏 名 (お子様の氏名)	
被 接 種 者 生 年 月 日 (お子様の生年月日)	平成 年 月 日

公益財団法人 健康予防医学財団  
ヘルスケアクリニック厚木  
電話 046-223-1150