

☆接種前に必ずこの説明書をお読みください☆

## インフルエンザワクチンの説明書

インフルエンザは風邪同様ウイルスによる感染症で、軽いインフルエンザは風邪と言ってよいと思いますが、65歳以上の高齢者の肺炎、乳幼児の急性脳症などの深刻な合併症の問題もあります。

高齢者の方、心臓・肺・腎臓・糖尿病などの基礎疾患がある方、乳幼児など重症化しやすい年齢の子供もワクチンの接種が勧められています。また、何らかの理由でご本人が接種できない場合はご家族の接種が勧められています。

### 【効果】

ワクチンは接種後2週間後より効果が表れ、半年近く持続するとされています。ワクチンは最も効果的な予防方法とされ、接種するとインフルエンザにかかっても重い合併症を最小限にとどめることが期待できますが100%ではありません。ワクチンでは喉の粘膜からのウイルスの侵入を100%阻止できないことや、ウイルスは毎年変化しながら流行する為、ウイルスの予測が一致しない可能性があるからです。

### 【副反応】

接種後の副反応としてはワクチンを打った場所の腫れが一般的で通常は2～3日で消失します。

まれに発熱・頭痛・倦怠感などが起こることがあります。

極めてまれですが、卵アレルギーのある方はアナフィラキシーショックを起こす可能性があります。

### 【当院では接種できない方】

- ・卵アレルギーをお持ちの方、アレルギー不明の方
- ・1才未満
- ・妊娠の疑いのある方、妊婦、授乳中の方

### 【接種後の注意】

接種のお風呂は構いませんが、お酒は控えめにお願い致します。接種部位の腫れは冷やして下さい。

接種前体温 _____°C
------------------

大人(13才以上)	1回目・2回目
小児(1才から12才)	

○で囲んで下さい

### インフルエンザ予防接種問診票

ふりがな	大・昭・平・令	年	月	日生
氏名	年齢	才		
住所 〒	電話	( )		

質問事項	回答欄
今までにインフルエンザワクチンを受けたことがありますか。	はい・いいえ
今日の予防接種の説明書をお読みにになり、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい・いいえ
今日からだの具合の悪いところがありますか。 あれば症状を書いて下さい。( )	はい・いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名( )	はい・いいえ
現在慢性の病気があると言われてますか。 病名( )	はい・いいえ
1か月以内に何か予防接種をうけましたか。( )	はい・いいえ
現在妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか。	はい・いいえ
卵アレルギーはありますか。	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、具合が悪くなったことがありますか。	はい・いいえ
喘息等のアレルギーがあり、現在長期管理薬として薬の内服をおこなっていますか。薬品名( )	はい・いいえ
ステロイド薬を内服していますか。または外用剤を使用していますか。	はい・いいえ
過去に痙攣発作を起こしたことがありますか。ある場合、最終発作から経過してる日数はどれくらいですか。( )	はい・いいえ
発達障害・てんかん等で現在内科・小児科で通院されていますか。	はい・いいえ

医師の記入欄	
今日の予防接種は(可能・みあわせる) 医師署名 _____	ロット番号
接種量 (皮下接種) _____ ml	
接種年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

備考
----