

インフルエンザワクチンの接種を受ける方へ

*ワクチンと副反応

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なります。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、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、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、小水疱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。蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、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(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、意識障害などがあらわれます)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5)けいれん(熱性けいれんを含む)、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群。

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。

*予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 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(他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、予防接種を受ける前に医師にその旨を伝えて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、お医者さんとは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. 風邪などのひきはじめと思われる人
3. 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
4. 前回の予防接種を受けた時に、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見られた人
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人
6. 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
7. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患がある人
8. 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉等)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
9. 妊娠の可能性がある人

*予防接種を受けたあとの注意

1. 接種後30分間は会場周辺にいて様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師に連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 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ことはやめましょう。
3. 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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 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。

インフルエンザワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにも関わらず、その副反応により入院治療が必要となるほど重篤な健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた人又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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。
問い合わせ先は記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

電話：0120-149-931 (フリーダイヤル)

URL：<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

社員番号		保険証記号		保険証番号		診察前の体温	度	分
事業所名						受診 No.		
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日生 (歳 カ月)				

□ 消毒の際、アルコールアレルギーはありますか 有る ・ ない

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書（裏面）を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今日受けられるインフルエンザ予防接種は今シーズン 1 回目ですか	1 回目	2 回目	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
最近 1 か月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
最近 1 か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
最近 1 か月以内に予防接種を受けましたか（コロナワクチン接種を除く）	はい（予防接種名）	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前回受けたのは（ 年 月頃）	ある（症状： ）	ない	
②その際に具合が悪くなったことはありますか	ある（予防接種名： ）	ない	
③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がありますか	（症状： ）	ない	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（“ある” の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	はい （ 年頃 回くらい 最後は 年 月頃 ）	いいえ	
（“ある” の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（ ℃ ）	いいえ	
今まで間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	はい（ 年 月頃 現在治療中・治療していない ）	いいえ	
薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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	ある（薬、食品名）	ない	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる（予防接種名）	いない	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。本人(本人が未成年者の場合は保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師署名又は記名捺印

本人記入
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）
署名

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザ HA ワクチン 製造番号：	皮下接種 1 回目 0. 5mL	医療機関名：一般社団法人 衛生文化協会 城西病院 医師名： 接種日： 2025 年 月 日

※ 記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

‘25.10-00 版