

## 季節性インフルエンザ予防接種の説明書

### ○インフルエンザとは

インフルエンザとは、通常初冬から春先にかけて流行し、A型又はB型インフルエンザウイルスの感染を受けてから1～3日間ほどの潜伏期間の後に、発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉・関節痛などが突然あらわれ、咳、鼻汁などがこれに続き、いわゆる「かぜ」に比べて全身症状が強いのが特徴です。

### ○インフルエンザワクチンの効果

インフルエンザワクチンはA型株2種類、B型株2種類の4価の不活化HAワクチンです。

インフルエンザワクチンは、感染を完全に阻止する効果はありませんが、発病後の重症化等を予防することに関して、一定の効果があるとされています。

### ○新型コロナウイルスワクチンとの同時接種

新型コロナウイルスワクチンとインフルエンザワクチンの同時接種は可能です。また、他のワクチンとの接種間隔の規定はございません。医師と相談のうえ、接種してください。

### ○予防接種による副反応

ワクチンの副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、痛くなることがありますが通常は2～3日で消失します。発熱、頭痛、寒気、倦怠感などもまれに起こります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などがあらわれることがあります。

### ○ワクチン接種後の注意

1. 予防接種を受けた後30分以内に急な副反応が起こることがあります。医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。  
また、予防接種を受けた後24時間は副反応の出現に注意しましょう。
2. 接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動は避けましょう。
3. 接種したところが痛みや熱をもってひどく腫れる、全身のじんましん、嘔吐、血圧低下、高熱などが起これば、速やかに医師の診察を受けてください。その場合、医師の指示があれば下記担当までご連絡願います。
4. 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。

## ご 注 意

○以下に当てはまる方は、予防接種を受けることができません。

1. 明らかな発熱（37.5℃以上）を呈している方
2. 重篤な急性疾患にかかっている方
3. インフルエンザワクチンの成分によってアナフィラキシーを呈したことのある方
4. インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱がみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
5. 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方

○以下に当てはまる方は、接種の判断を行うに当たって、注意が必要です。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有する方
2. 過去にけいれんの既往のある方
3. 過去に免疫不全の診断がされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
4. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
5. インフルエンザワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方

担当 平内町 健康増進課 健康増進係（窓口⑥）

Tel017-718-0019（内線152）

## 季節性インフルエンザ 予防接種予診票

診察前の体温

度

分

|         |              |   |                              |       |       |
|---------|--------------|---|------------------------------|-------|-------|
| 住 所     | 平内町大字        | 字 | ※平内町以外の住所の方は接種費用の助成対象外となります。 |       |       |
| 氏 名     | 男 ・ 女        |   | 生活保護                         | 有 ・ 無 |       |
| 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 |
|-----------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| 今日の季節性インフルエンザの予防接種について町から配られている説明書(裏面)を読んで、理解しましたか。 | はい    | いいえ |       |
| 今回受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。                      | はい    | いいえ |       |
| 現在、何か病気にかかっていますか。                                   | はい    | いいえ |       |
| 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。                                | はい    | いいえ |       |
| 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がありますか                               | 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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。                                  | はい    | いいえ |       |
| 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。               | はい    | いいえ |       |
| 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、病気にかかったりしましたか。                        | はい    | いいえ |       |
| 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)<br>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。<br>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<br>Lot No.<br>(注)有効期限がきれていないか確認 | 0.5 ml | 実施場所<br>医師名<br>接種年月日 令和 年 月 日 |

## 季節性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、本予診票が平内町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)