

*接種希望の方へ:
太ワク内にご記入ください。

インフルエンザ予防接種 予診票

				診察前の体温		度		分	
住 所	〒			TEL ()		—			
フリガナ				男・女	生年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年	月	日生
受ける人の氏名									
(保護者の氏名)							(歳	か月)	

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を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日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。	いいえ ()回目 前回の接種は 年 月 日	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい (病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに間質性肺炎や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	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありませんか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
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。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か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	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。	はい(予防接種名) (症状)	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(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や今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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た。

医師の署名または記名捺印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて
理解した上で、接種することを (希望します・希望しません)。
(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

代筆者の場合：続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：インフルエンザHAワクチン メーカ名：北里第一三共ワクチン株式会社 製造番号：	皮下接種 mL 回目	医療機関名：長 坂 医 院 医 師 名：長 坂 肇 接 種 日 時： 年 月 日 時 分

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。

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方へ

インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。
なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがあります。また、発熱、頭痛、からだがだるくなることがあります。非常にまれですが、次のよう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)、(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(ステイブンス・ジョンソン症候群)、(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。

- 1)明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2)重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3)過去にインフルエンザワクチンの接種により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 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方

- 1)心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2)過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 3)過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 4)過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- 5)間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
- 6)薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 7)発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)
- 8)かぜなどのひきはじめと思われる方
- 9)妊婦または妊娠している可能性のある方

- 1)接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2)副反応(接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3)接種当日の入浴は差支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 4)接種当日はいつも通りの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () です 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

— (神戸市) インフルエンザ予防接種を受ける方へ —

1 インフルエンザとは

インフルエンザは、高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れ、風邪と同じようなのどの痛み、咳、鼻水等もみられます。小児ではまれに急性脳症を、高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を伴うなど重症化し、命にかかわる場合もあります。

2 インフルエンザの予防

インフルエンザの予防には、①予防接種を受ける ②人混みを避ける ③栄養と休養を十分にとる ④室温と湿度を適度に保つ ⑤手洗いやうがいをする ⑥咳やくしゃみは他の人にかからないようにする(咳エチケット)が大切です。

3 ワクチンの効果

ワクチンには、発病しても重症化(肺炎、脳症などの重い合併症が現れること等)を防ぐ効果がありますが、接種すればインフルエンザに絶対にかからないというものではありません。

平成27年度より近年の流行を踏まえ、世界の動向にあわせて、4価(A型2種類、B型2種類)のインフルエンザウイルスに対応しています。

4 実施期間(助成対象期間)

(毎年)10月15日～翌年1月31日

5 接種の対象者

インフルエンザの予防接種を受けることができるのは、生後6か月以上の方です(ただし、ワクチンメーカーにより1歳からしか受けることができないものがあります)。接種は義務ではありません。自らの意思で接種を希望している方が対象です。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えありませんが、明確に対象者の意思を確認できない場合は接種できません。また、神戸市における公費助成の対象となる方は、接種日現在、神戸市に住民登録があり、①1～13歳未満の方 ②65歳以上の方 ③60歳～64歳の心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害による身体障害者手帳1級の方または同程度以上の方(②、③の対象者は予防接種法に基づく定期接種対象者)のいずれかに該当し、「4 実施期間(助成対象期間)」に接種した場合となります。

6 予防接種をうける前に

(1) 一般的注意

インフルエンザ予防接種の効果や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に医師に質問し、十分に理解、納得してから接種を受けましょう。

予診票は、接種医にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける本人、もしくは本人の記入が困難な場合は家族が責任を持って記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

(2) 予防接種を受けることができない方

① 接種当日、明らかに発熱のある方

一般的に、体温が37.5℃以上の場合を指します。

② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方

「重篤かつ急性」の疾患にかかっている場合には、病気の進展状況が不明であり、このような状態において予防接種は受けられません。

③ インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーショック(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことが明らかな方

また、卵等でアナフィラキシーショックを起こした既往歴のある方も予防接種は受けられません。

④ 以前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱の見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のある方

⑤ その他、医師より不適当な状態と判断された方

(裏面もご覧ください)

(3) 予防接種を受けるときに、担当医師とよく相談しなくてはならない方

- ① 心臓、腎臓、肝臓、血液、発育障害等の基礎疾患がある方
- ② 過去にけいれんの既往がある方
- ③ 過去に免疫不全の診断を受けている方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患がある方
- ⑤ インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アレルギーを呈するおそれがある方

(4) 他の予防接種を受けている場合の接種間隔

インフルエンザワクチン接種前に、最近受けた予防接種が生ワクチンであった場合には、接種した日の翌日からかぞえて27日以上、不活化ワクチン又はトキシイドの場合には、接種した日の翌日からかぞえて6日以上の間隔をおいて、インフルエンザワクチンを接種することができます。

またインフルエンザワクチンは、不活化ワクチンであるため、接種した日の翌日からかぞえて6日以上の間隔をおけば、異なるワクチンの予防接種を受けることができます。

(5) 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① ワクチン接種後24時間は副反応の出現に注意し、様子をみて下さい。特に接種直後の30分以内は健康状態の変化に注意しましょう。
- ② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ ワクチン接種後1時間を経過すれば、入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- ④ 接種後は、接種部位を清潔に保ちましょう。過激な運動、大量の飲酒は、それ自体で体調の変化をきたす恐れがあるので、ワクチン接種後24時間は避けましょう。

7 予防接種の副反応と健康被害救済制度

どのワクチンでも接種後に、副反応が起こることがあります。また、接種時期に、他の病気が偶然重なって現れることもあります。

接種を受けた場所（局所）が、赤みを帯びたり、腫れたり、痛んだりすることがあります。また、熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどがみられることもあります。これらの症状は通常2～3日のうちに治ります。なお、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等、重い症状が現れることもあると報告されており、非常にまれですが、アナフィラキシーショック（じんましん、呼吸困難等）が現れることもあります。接種後、体調に変化があった場合は、すぐに接種医にご相談ください。

定期接種対象者に該当する方が、予防接種後の副反応により、医療機関での入院治療が必要とされる程度の健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく予防接種健康被害救済制度の対象となる場合があります。ただし、その健康被害と予防接種の因果関係を関連分野の専門家による国の審査会で審議し、認定された場合に補償を受けることとなります。

定期接種の対象者ではない方が、万一入院を必要とする程度の疾病や日常生活が著しく制限される程度以上の障害などの健康被害が生じた場合については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度に基づく救済の対象となります。

8 予防接種を受けない場合

接種医の説明を十分受け、診察を行ったうえで、接種を実施しなかった場合は、それがいかなる理由であっても、その後、インフルエンザにかかる、あるいはかかって症状が重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

東 灘 区 841-4131(代)	兵 庫 区 511-2111(代)	長 田 区 579-2311(代)	垂 水 区 708-5151(代)
灘 区 843-7001(代)	北 区 593-1111(代)	須 磨 区 731-4341(代)	西 区 929-0001(代)
中 央 区 232-4411(代)	北神支所 981-8870(代)	北須磨支所 793-1313(代)	西神保健康センター 990-0201(代)
保健所予防衛生課 TEL 322-6788 FAX 322-6763			