

インフルエンザ予防接種について

接種時間：8:30～11:00（土曜日 8:30～10:30）、14:00～17:00（土曜日 14:00～16:00）

この時間を過ぎると接種ができませんのでご注意ください。

予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

また、円滑に接種を進めるために、予診票にすべて記入してからお越しください。

※新型コロナワクチンを受けた方、受ける予定の方は前後2週間間隔を空けてください。

[予防接種の効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防することや、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応では注射部位が赤くなる、腫れる、痛くなることがあります。これらの症状は通常は2～3日で消失します。発熱、頭痛、倦怠感などもまれに起こります。非常にまれですが、ショックや呼吸困難など強いアレルギー症状が起こることがあります。特に卵アレルギーのある方は注意が必要です。必ず医師に申し出てください。

[接種を受けることが適当ではない方]

1. 発熱がある方
2. 重篤な急性疾患にかかっている方
3. 本剤の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方
4. 上記以外に、予防接種を行うことが不相当と医師が判断した方

[接種にあたり、注意が必要な方]

1. 先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全などの基礎疾患がある方
2. 前回の予防接種で2日以内に発熱やアレルギー症状を起こした方
3. 過去にけいれんの既往がある方
4. 本剤の成分、鶏卵、鶏肉、鶏肉由来の食品に対しアレルギー症状を起こすおそれがある方

[予防接種後の注意]

1. 予防接種を受けた日は、入浴しても問題ありません。接種部位を清潔に保ってください。いつも通りの生活をし、激しい運動は避けてください。
2. 予防接種をした部位が赤くなったり、腫れたり、痛んだり、軽い発熱などが起きることがあります。もし、局所の異常反応や体調の変化、さらに高熱、けいれんなどの異常な症状が生じた場合には、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予診票

No. _____

接種時間：8:30～11:00（土曜日 8:30～10:30）、14:00～17:00（土曜日 14:00～16:00）

| | | | |
|------|-------------------------------|--------|-------|
| 年 齢 | 生後6か月から3歳未満 ・ 3歳から小学生 ・ 中学生以上 | | |
| 接種回数 | 1回目 ・ 2回目 | | |
| 氏 名 | 男・女 | 体 温 | 度 分 |
| | | 電話番号 | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日生 | (満 歳) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|---------------------------------------|-----|-------|
| 今日の予防接種についての説明文を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気や、具合の悪いところがありますか。 | はい | いいえ | |
| 病名・症状（ ） | | | |
| 治療（投薬など）を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| 主治医には、今日の予防接種を受けていいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| その際に熱は出ましたか。 | はい | いいえ | |
| 今までに特別な病気（先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全など）と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 病名（ ） | | | |
| ニワトリの卵や肉などにアレルギーがありますか。 | 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はありますか。 | はい | いいえ | |
| ②ほかの予防接種で具合が悪くなったことはありますか。 | はい | いいえ | |
| 予防接種の種類（ ） | | | |
| 最近1か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 | |
| 現在、妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| 保護者、もしくは本人のサイン _____ | | | |
| 医師記入欄 | 今日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師のサイン _____ | | |

| | | |
|----------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ワクチン製造番号 | 用法・用量 | 接種場所・医師名・接種日 |
| Lot No. | 皮下接種 ・3歳未満 0.25mL ・3歳以上 0.5mL | 接種場所：高橋こどもクリニック 医師名： 接種日： 年 月 日 |