

## 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)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。

### ワクチンの効果と副反応

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)や、海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらぬ、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)、血管炎(発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など)などが報告されています。

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、健康被害を受けた方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。

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(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

### 予防接種を受けることができない方

- 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) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、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) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) 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

### 予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- 3) 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
- 4) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 5) 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方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方(接種前1か月間避妊していない方)、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品(アスピリンなど)、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方

### 予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)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) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。

| 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 おこしください。 |       |  |

# インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、当院の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

## 《ワクチンの効果と副反応》

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、感染しても症状を軽くすることができます。

副反応は一般的に軽微です。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が、通常は2～3日で消失します。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、下痢などもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので、必ず医師に申し出てください。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。①ショック、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、呼吸困難など）。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、痙攣、運動障害、意識障害など）。③ギランバレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）。④肝機能障害、黄疸。⑤喘息発作。このような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. 37.5℃以上の発熱のある人
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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人  
なお、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、接種を受ける前に医師にその胸を伝えて判断を仰いで下さい。
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

## 《予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人》

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気の人など
2. 発育が遅く、医師・保健師の指導を受けている人
3. 風邪などのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けた後、2日以内に発疹・蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（鶏卵・鶏肉など）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
6. 今までに痙攣をおこしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

## 《ワクチン接種後の注意》

1. 接種後30分は、急な副反応が起こることがあります。様子を観察し、症状がみられた際はご連絡下さい
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすはやめましょう
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。過度の運動や飲酒は避けましょう
4. 万一、高熱や痙攣等の異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けてください

任意接種用

インフルエンザ（ 注射・フルミスト点鼻 ） 予防接種 問診表

|       |                          |                                                      |          |                 |
|-------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------|-----------------|
| 記入日   | 令和      年      月      日  | 診察前の体温                                               | 度      分 |                 |
| 本人氏名  |                          | 生年月日                                                 | 性別       | 男      ・      女 |
| 保護者氏名 | (未成年者（既婚者を除く）の場合、こちらも記入) | 昭和・平成・令和<br>年      月      日 生      (      歳      カ月) |          |                 |
| 住所    | 〒                        |                                                      | 電話       |                 |

| 質問事項                                                                             |  | 回答欄 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|
| ① 今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか。                                                      |  | いいえ | はい  |
| ② 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。<br>2回目の接種の方 → 1回目接種日      (      月      日)       |  | 回目  |     |
| ③支払方法      現金      ・      現金以外                                                   |  |     |     |
| ④ 今日体の具合の悪いところがありますか。あれば、その症状をお書き下さい。<br>(      )                                |  | はい  | いいえ |
| ⑤ 最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか。(      )<br>※2週間以内に新型コロナ・水痘・おたふく・突発性発疹などの感染症に感染した方は接種できません。 |  | はい  | いいえ |
| ⑥ 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他）にかかり、医師の診察を受けていますか。<br>病名(      )    |  | はい  | いいえ |
| その病気の主治医に今日の予防接種を受けても良いといわれましたか。                                                 |  | はい  | いいえ |
| ⑦ 薬や食品(鶏肉、鶏卵、ゼラチンなど)でアレルギー症状が出たことがありますか。                                         |  | はい  | いいえ |
| ⑧ これまでに予防接種をうけて具合が悪くなったことがありますか。<br>予防接種名(      )                                |  | はい  | いいえ |
| ⑨ 6ヶ月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。                                               |  | はい  | いいえ |
| ⑩ 妊娠可能な方に、現在、妊娠していますか。<br>＊フルミストの方は接種後2か月間は妊娠をしないように注意してください。                    |  | はい  | いいえ |
| ⑪ 今日の予防接種について質問がありますか。                                                           |  | はい  | いいえ |

|                                                                                       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 本人記入欄（未成年者（既婚者を除く）の場合は保護者）                                                            |                   |
| 医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、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に<br>( 同意します      ・      同意しません      ) |                   |
| 署名                                                                                    | (代筆者の場合：続柄      ) |

|                                                           |                            |                               |  |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|
| 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) |                            |                               |  |
| 本人（及び保護者）に対して、予防接種の効果・副反応の可能性について説明しました。                  |                            |                               |  |
| ワクチン                                                      | Lot No                     | 実施場所      :      まつむらこどもクリニック |  |
| 接種方法                                                      | 皮下接種      m l      (右・左)   | 医師名      :                    |  |
|                                                           | 点鼻（各鼻腔0.1ml噴霧      計0.2ml） | 接種年月日：令和      年      月      日 |  |