# こどもインフルエンザ
# 予防接種をご希望の方に

**予防接種を受ける前に**

**■一般的注意**

インフルエンザの予防接種について、この説明書をよく読み、必要性や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師に質問しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。

**インフォームドコンセント（説明と同意）**

医師の十分な説明に基づく患者の同意をインフォームドコンセント（説明と同意）といいます。

こどもインフルエンザの予防接種は、保護者の意思に基づいて接種を受けるものなので、インフォームドコンセントがない場合には、接種する医師は接種を行いません。接種を希望する場合もしない場合も、十分に医師から説明を聞き、理解をした上で判断をしてください。

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受けるお子さんの健康状態をよく把握している保護者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。

**■予防接種を受ける事ができない人**

①明らかに発熱のある人（一般的に 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人
③インフルエンザ予防接種に含まれる成分によって、アナフィラキシーを起したことがあることが明らかな人
④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

「アナフィラキシー」というのは通常接種後約 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐(おうと)、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

**■予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人**

①心臓病、じん臓病、肝臓病や血液の病気、その他慢性の病気などの人
②発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
③かぜなどのひきはじめと思われる人
④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、発疹、じんましんなどアレルギーを疑う異常がみられた人
⑤今までにけいれんを起したことがある人
⑥今までに中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことのある人、または、同様の指摘をされた近親者がいる人
⑦今までにぜん息と診断されたことがある人
⑧インフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるといわれたことがある人
⑨妊娠の可能性のある人

裏面もお読みください

**■他の予防接種との間隔について**

インフルエンザワクチンを接種してから次のワクチンを接種する接種間隔の制限はありません。

なお、新型コロナワクチンは接種の前後２週間は他の予防接種は受けられないことになっていますが、インフルエンザワクチンに限り、接種間隔の制限はなくなりました。そのため、インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンを同時に接種することは可能になっています。

**■予防接種を受けた後の一般的注意事項**

①予防接種を受けた後 30 分間は、急な副反応がおこることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。

②インフルエンザワクチンの副反応の多くは 24 時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。

③入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。

④接種当日は通常の生活をしてもかまいませんが、激しい運動は避けましょう。

## インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがありますが、通常 2～3 日のうちに治ります。また、僅かながら熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどが見られることもありますが、通常 2～3 日のうちに治ります。また、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、意識障害の症状が現れる等の報告があります。

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。

## その他

**■予防接種を受けない場合**

接種医の説明を十分聞いた上で、保護者が接種を希望しない場合、当日の身体状況等により接種をしなかった場合等においては、その後、インフルエンザにり患、あるいはり患した事による重症化、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。

**■副反応が起こった場合**

予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時に、ほかの病気がたまたま重なって現れることがあります。

予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、医師（医療機関）の診察を受けてください。

**■予防接種による健康被害救済制度について**

①任意のインフルエンザ予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要となったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることができます。

②健康被害の程度に応じて、医療費および医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料の区分がありますが、予防接種法と比べて救済の対象、金額等が異なります。

薬学的判断について国の審議会で判断され、救済の対象となった場合に、上記の保障を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師へご相談ください。

《令和5年度用》

任　意　接　種

# 富士市　こどもインフルエンザ予防接種予診票

| | |
|---|---|
| 住　所<br>富士市に住民登録がある人が対象です。 | 富士市 |
| フリガナ | |
| 受ける人の氏　名 | （男・女） |
| 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日　生 |

対象：満１歳～高校３年生相当

満1歳～**当該年度18歳**に達する者（H17.4.2以降生まれ）

| | |
|---|---|
| 今年度（10月～2月）のインフルエンザ接種回数 | ※該当する箇所を〇で囲んでください。<br>13歳未満（1回目　・2回目）<br>13歳以上（1回のみ） |
| 保護者氏名 | |
| 電話番号 | |
| 今朝目覚めた時の体温 | 度　　分 |
| 診察前の体温 | 度　　分 |
| 接種日の年齢 | 満　　歳　　か月 |

| | 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 昨年度、インフルエンザ予防接種を受けましたか。 | いいえ | はい | |
| 2 | 昨年度、インフルエンザにかかりましたか。 | はい | いいえ | |
| 3 | 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。 | いいえ | はい | |
| 4 | あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。<br>出生体重（　　）g　分娩時に異常がありましたか。<br>出生後に異常がありましたか。<br>乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。 | <br>あった<br>あった<br>ある | <br>なかった<br>なかった<br>ない | |
| 5 | 今日体に具合の悪いところがありますか。<br>具体的な症状を書いてください（　　） | ある | ない | |
| 6 | 最近１か月以内に病気にかかりましたか。<br>病名（　　）　いつ頃（　　） | はい | いいえ | |
| 7 | １か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。<br>病名（　　）　いつ頃（　　） | はい | いいえ | |
| 8 | １か月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類（　　）　接種日（　　月　　日） | はい | いいえ | |
| 9 | 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。　病名（　　）<br>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いわれましたか。 | はい<br>いいえ | いいえ<br>はい | |
| 10 | ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。　（　　）歳頃<br>そのとき熱が出ましたか（　　度） | ある | ない | |
| 11 | 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。　原因（　　）　主な症状（　　） | ある | ない | |
| 12 | 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。だれが（　　） | いる | いない | |
| 13 | これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。<br>予防接種の種類（　　） | ある | ない | |
| 14 | 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。　だれが（　　） | いる | いない | |
| 15 | 女性の方へ<br>現在妊娠している可能性（生理が予定よりも遅れているなど）はありますか。 | はい | いいえ | |
| 16 | 今日の予防接種について質問がありますか。 | ある | ない | |

医師の記入欄　　**医師署名又は記名押印**

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。

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、説明をしました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、接種することに　**（同意します・同意しません）**

**※今回のインフルエンザ予防接種は、任意接種となることを承知した上で接種します。**　※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。

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、本予診票が市に提出されることに同意します。　保護者又は被接種者自署（※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署）

| 使用ワクチン名 | 接　種　量（皮下接種） | 実施場所 |
|---|---|---|
| ワクチン名<br>Lot　No<br>（注）有効期限が切れていないか要確認 | □ １歳～３歳未満　0.25mL<br>□ ３歳以上　0.5 mL<br>□ その他　mL | 医師名<br>接種年月日　令和　　年　　月　　日 |