

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、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、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、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、しびれることがあります。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・嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、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)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(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等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群。(1)から(12)のような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。なお、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又は近親者が、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. 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
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お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旨を伝えて判断を仰いでください。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

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. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、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)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起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. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をと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接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
4. 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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
5. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	接種実施にあたり希望者から住所、氏名、過去の予防接種状況、現在の健康状態や妊娠の有無などを問診票にご記入いただけます。記入いただいた個人情報は、予防接種による医療事故防止の目的にのみ利用しご本人の同意を得ることなく、予防接種による医療事故防止以外の目的で個人情報を利用することなく、法令等の定めにより個人情報の開示が求められる場合を除き、第三者に提供いたしません。ご提供いただく個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、消去、利用又は提供につきましては、公益財団法人新潟県保健衛生センター 総務部 総務課 電話025-267-8191までお問い合わせ下さい。 〈個人情報保護管理者/公益財団法人新潟県保健衛生センター事務局長〉

インフルエンザ予防接種のご案内(ホームページ掲載あり)

インフルエンザの流行を前に、本年も学校にてインフルエンザ予防接種を実施することとなりましたので、ご案内申し上げます。

つきましては、下記の要領で実施いたしますので、同封の「インフルエンザワクチンの接種について」をお読みになり、「インフルエンザ予防接種申込書」にご記入・捺印のうえ、10月23日(水)までに担任までご提出ください。

なお、この案内はホームページにも掲載しておりますので、ダウンロードのうえ、FAXでの申し込みも可能です。

記

日 時：令和元年11月8日(金)・11月13日(水) ※どちらかの日で1回接種

会 場：開志国際高等学校 第2体育館

費 用：3,600円(税込) ※お支払いの期日は接種対象者が決定次第、生徒を通してお知らせします。

予診票：生徒には、事前に「インフルエンザ予防接種予診票」を配布します。

質問事項等ご記入の上、接種当日に持参してください。

その他：接種後に「インフルエンザワクチン接種証明書」「領収書」を発行いたします。

下記事項に該当する方は、予防接種を受けることができませんのでご注意ください。

- 接種当日、明らかに発熱のある方(37.5℃以上)
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- インフルエンザ予防接種に含まれる成分によって、アナフィラキシーショック(接種後30分以内におこるアレルギー反応)を起こしたことがある方
- 鶏卵アレルギーのある方
- その他、医師が不適切な状態と判断した場合

点線以下を切り取って、担任の先生にご提出ください。FAX可。

(開志国際高等学校 Fax 0254-44-6663)

開志国際高等学校 行

締め切り 10月23日(水)

インフルエンザ予防接種申込書

令和元年 月 日

コース名 () 専攻 () 年 組 NO.

生徒氏名 :

保護者氏名 : ⑩ ← 必ずご捺印ください。

申込書にご記入いただいた個人氏名等は今回のインフルエンザ予防接種の対象者確認資料としてのみ使用し、他の用途に転用することはありません。