

インフルエンザワクチンの接種の受け方

監修：川崎市健康安全研究所 所長 岡部 信彦 先生

注意 ① 予防接種を受ける前に

インフルエンザワクチンはその製造工程でふ化鶏卵を使っているため、わずかながら卵由来の成分が残っています。近年は高純度に精製されているのでほとんど問題となりませんが、卵を食べるとじんましんや全身性の発しんが出たり口の中がしびれるような強い卵アレルギーがある場合は、接種を避けるか注意して接種する必要がありますので、接種前に必ず医師にご相談ください。また、次の①～④の人はインフルエンザワクチンの接種を避けてください。①37.5℃以上の発熱のある人。②重い急性の病気にかかっている人。③これまで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。④医師が予防接種を行うことが不適当と判断した人。

注意 ② 予防接種を受けたら



接種日は過激な運動を避けて、注射部位は清潔にしておいてください。

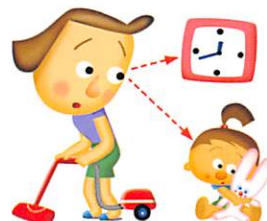


接種日の晩は、熱などなく普段と変わりがなければ入浴しても差し支えありません。

高熱やけいれんなどの異常反応や、体調の変化があれば、速やかに医師の診察を受けてください。



30分以内に急な副反応が起こることがまれにありますのでその間は様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。



ワクチンはインフルエンザの流行前(10月～12月頃)に接種します。生後6カ月～13歳未満の方はおよそ2～4週間隔で2回接種します。13歳以上の方はおよそ1～4週間隔で1又は2回接種します。なお、効果の面から3～4週間隔が望まれます。



次回の注射のときは、反対の腕に、あるいは同じ腕でも前回の注射部位とは違う部位に接種を受けてください。

インフルエンザワクチンでの副反応

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、小水疱がみられることがあります。通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告もあります。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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸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、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。強い卵アレルギーのある方は重篤な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、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。また、次のような副反応の報告もあります。(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) ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4) けいれん(熱性けいれんを含む)、(5) 肝機能障害、黄疸、(6) 喘息発作、(7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8) 血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等)、(9) 間質性肺炎、(10) 脳炎・脳症、脊髄炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12) ネフローゼ症候群。こ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。

添付文書・厚生労働省HP:「インフルエンザQ&A」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html>を参考

インフルエンザとインフルエンザワクチン

インフルエンザとかぜはどこが違うのでしょうか

インフルエンザはインフルエンザウイルスという特定の微生物の感染によって起こる病気です。

一方「かぜ」(かぜ症候群)とは、ライノウイルス、コロナウイルス、RSウイルスなど種々なウイルスなどの感染によって起こる上気道炎の総称です。

インフルエンザでも、軽い場合には「かぜ」と区別が付きにくいのですが、一般にインフルエンザの症状は重く、特に小児や高齢者、基礎疾患がある場合では重症化しやすい傾向があります。

さらに肺炎や脳症などの合併症も問題となります。ときに大流行を起こし、多くの犠牲者を出すこともあります。



インフルエンザの症状は?



典型的なインフルエンザは1~5日(平均2日)の潜伏期間の後、突然に発症し、38℃以上の発熱、上気道炎、全身倦怠感等の症状が出現することが特徴的です。

流行期(日本では例年11月~3月)にこれらの症状があった場合はインフルエンザの可能性が高いと考えられます。症状の持続時間は通常2~3日ですが、場合によっては5日を超えることもあります。また、高齢者や小児、あるいは呼吸器系や心臓などに病気をもっている方がインフルエンザにかかると合併症を併発する場合があります。

細菌の二次感染による肺炎・慢性気管支炎の増悪は高齢者などに起こりやすい合併症です。

また、まれながら小児でのインフルエンザ脳症の報告がありますが、その原因はまだ明らかになっていません。

ワクチン接種で予防を

インフルエンザワクチンの接種で、インフルエンザによる重篤な合併症や死亡を予防することが期待されます。

インフルエンザに対しては、ワクチンで重症化を予防することがインフルエンザに対抗する最大の手段なのです。

特に高齢者や基礎疾患(心疾患、肺疾患、腎疾患など)がある方は重症化しやすいので、かかりつけ医とよく相談のうえ、接種を受けることをおすすめします。

なお、インフルエンザワクチンでは他のウイルスの感染による「かぜ」を予防することはできません。



インフルエンザ予防接種 予診表 1回目

ID番号		男 ・ 女	診察前の体温	度	分
ふりがな			生年月日		
氏名			S・H	年	月
医療生協組合員	加入 ・ 未加入		受診日	年	月 日

※枠内を全て記入してください

質問事項	回答欄	医師記入欄
①『インフルエンザワクチン接種を受けられる方へ』を読みましたか。	はい・いいえ	
②今日体に具合の悪いところがありますか。 あると回答された方は、その症状を記入ください ()	ある・ない	
③最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 はいと回答された方は、その病名を記入ください ()	はい・いいえ	
④1ヶ月以内に家族や友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどかかった方がいますか。 はいと回答された方は、その病名を記入ください ()	はい・いいえ	
⑤1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 はいと回答された方は、その予防接種名を記入ください ()	はい・いいえ	
⑥今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか。 はいと回答された方は、その病名を記入ください ()	はい・いいえ	
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良いと言われましたか?	はい・いいえ	
⑦ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 あると回答された方は、何歳頃でしたか () 歳頃	ある・ない	
その時に熱が出ましたか。	はい・いいえ	
⑧薬や食品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。 あると回答された方は、その症状を記入ください ()	ある・ない	
⑨接種を受けられる方の家族の中に免疫不全と診断されている方はいますか。	いる・いない	
⑩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。 あると回答された方は、その予防接種名を記入ください ()	ある・ない	
⑪家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	いる・いない	
⑫6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	
⑬ (女性の方へ) 現在妊娠していますか。	はい・いいえ	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。	ある・ない	
⑮保護者の方にあなたのお子様の発育歴についてお尋ねします。 出生体重 () g 分娩時異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	あった・なかった あった・なかった ある・ない	

<p>医師所見欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)</p> <p>Rp) インフルエンザワクチン ml (皮下) 右 ・ 左</p> <p>咽頭 } 異常なし・異常あり (医師印 or サイン)</p> <p>胸部 }</p>	<p>予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか? (はい ・ 見合わせます)</p> <p>保護者(成人の方は本人)署名 (フルネーム)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

LotNO.

患者様本人の同意がある場合、法令等に基づく場合以外は、第三者に
個人情報を提供することはありません。

谷山生協クリニック

インフルエンザ予防接種 予診表 2回目

ID番号		男 ・ 女	診察前の体温	度	分	
ふりがな			生年月日			
氏名			S・H	年	月	日生 (満 歳 月)
医療生協組合員	加入 ・ 未加入		受診日	年	月 日	

※枠内を全て記入してください

質問事項	回答欄	医師記入欄
①『インフルエンザワクチン接種を受けられる方へ』を読みましたか。	はい・いいえ	
②今日体に具合の悪いところがありますか。 あると回答された方は、その症状を記入ください ()	ある・ない	
③最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 はいと回答された方は、その病名を記入ください ()	はい・いいえ	
④1ヶ月以内に家族や友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどかかった方がいますか。 はいと回答された方は、その病名を記入ください ()	はい・いいえ	
⑤1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 はいと回答された方は、その予防接種名を記入ください ()	はい・いいえ	
⑥今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか。 はいと回答された方は、その病名を記入ください ()	はい・いいえ	
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良いと言われましたか?	はい・いいえ	
⑦ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 あると回答された方は、何歳頃でしたか () 歳頃	ある・ない	
その時に熱が出ましたか。	はい・いいえ	
⑧薬や食品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。 あると回答された方は、その症状を記入ください ()	ある・ない	
⑨接種を受けられる方の家族の中に免疫不全と診断されている方はいますか。	いる・いない	
⑩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。 あると回答された方は、その予防接種名を記入ください ()	ある・ない	
⑪家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか。	いる・いない	
⑫6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	
⑬ (女性の方へ) 現在妊娠していますか。	はい・いいえ	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。	ある・ない	
⑮保護者の方にあなたのお子様の発育歴についてお尋ねします。 出生体重 () kg 分娩時異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	あった・なかった あった・なかった ある・ない	

医師所見欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) Rp) インフルエンザワクチン ml (皮下) 右 ・ 左 咽頭 } 胸部 } 異常なし・異常あり (医師印 or サイン)	予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか? (はい ・ 見合わせます) 保護者 (成人の方は本人) 署名 (フルネーム)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Lot. NO	予約日 () 月 () (:)
---------	------------------------

患者様本人の同意がある場合、法令等に基づく場合以外は、第三者に個人情報を提供することはありません。
 谷山生協クリニック