

インフルエンザ予防接種を受けられる方へ

〜〜インフルエンザ予防接種についての説明〜〜

1. インフルエンザと予防接種の有効性



インフルエンザとは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こる病気です。普通のかぜに比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのが特徴です。毎年、インフルエンザが流行する前に予防接種を受けておくことが、発病や重症化を防ぐためには重要です。

一般的には、13 歳以上の方は 1 シーズンに 1 回の予防接種、13 歳未満の方は 2 回の予防接種で効果があります。

○新型コロナワクチンとの接種間隔について

厚生労働省の通達により、インフルエンザ予防接種と新型コロナワクチンについては接種間隔を空ける必要がありません。

○使用ワクチンについて

平成 27 年度よりインフルエンザワクチン製造株は、4 価ワクチン(A 型 2 種類、B 型 2 種類)に変更され、近年流行しているインフルエンザに対応した内容になりました。ワクチンの接種は本人の希望により行われ、主に個人の重症化防止を目的としています。

○ワクチンの量

インフルエンザワクチンは 3 歳以上の方には 1 回 0.5ml を皮下に接種します。3 歳未満の方には 1 回 0.25ml を皮下に接種します

○2 回接種について

13 歳未満の方は 1 回の接種では十分な免疫が得られない為、わが国では 13 歳未満の方の接種回数は 2 回となっています。

13 歳以上 65 歳以上の方が 1 回接種となっているのは、1 回接種で国際的な評価基準を上回る十分な抗体価が認められたこと、抗体価の上昇について、1 回接種と 2 回接種に差が見られなかったことによるものです。

○2 回接種の間隔について

2~4 週の間隔とされていますが、より高い免疫効果をつけるために当院では 3 週間の間隔としております。

2. 予防接種を受ける前に

- ① 予防接種は体調の良い時に受けて下さい
- ② 予防接種を受ける前に、このリーフレットをよくお読みください
- ③ 気になることや、わからないことがあれば、予防接種をうける前に担当の医師にご相談ください。インフルエンザ予防接種の有効性、副反応などについて十分にご理解頂いた上で予防接種を受けましょう。

3. 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（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方
- ③ インフルエンザ予防接種に含まれている成分によって、アナフィラキシー（接種後 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応やショック症状になるような激しい全身反応）を起こしたことがある方

- ④ 鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーを呈する恐れのある方
- ⑤ かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方
- ⑥ その他、医師が不相当と判断した場合

※現在、病気などで治療中の方または下記病気や症状で治療を受けられた方は必ず申し出て下さい。

- ・ 心臓、腎臓、肝臓、血液の病気などを有することが明らかな方
- ・ 過去に免疫不全の診断がなされている方
- ・ 薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんがでた方

4. 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、腫れたり、痛むことがあります。またわず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みられることもあります。通常2～3日のうちに治ります。

非常にまれですが、ショックやアナフィラキシー様症状（じんましんや呼吸困難などの症状）が現れることがあります。また、ギランバレー症候群、けいれん、肝機能障害、黄疸、喘息発作等の副作用があったことが報告されています

5. 予防接種を受けた後の注意 ※予診票の副票は大切に保管してください。

- ① 予防接種を受けた後に急な副反応がおこることがあるので、接種後その場で様子を見て、30分たってから病院を出るようお願い致します
- ② インフルエンザワクチンの副反応の多くは7日間以内に出現しますので、特にこの間は体調の変化に注意しましょう
- ③ 接種当日は、体調の変化に気を配り、激しい運動や大量の飲酒は避けて下さい
- ④ 入浴はさしつかえありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
- ⑤ もし、高熱、嘔吐、けいれん（ひきつけ）、接種したところのひどい腫れなどの症状がある時は速やかにコープおおさか病院（電話番号下記）にご連絡ください

この説明書は、大阪市保健所作成のインフルエンザ予防接種ガイドラインと65歳以上の市民の方への「インフルエンザ予防接種のお知らせ」をもとに作成しました

対象者	回数	組合員	非組合員
65歳以上の大阪市民の方	1回接種	¥1500	
65歳以上の大阪市外の方		¥3000	¥5000
13歳～64歳		¥3000	¥5000
大阪市民で満60～64歳の<心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫>の機能障害により日常生活が極度に制限された方（身体障害者手帳1級相当）		¥1500	
～13歳未満	2回接種（1回あたりの費用）	¥2500	¥5000

※全て税込み

※65歳以上の大阪市民の方で、非課税世帯の方は証明書（介護保険決定通知書等）を持参して頂ければ、自己負担額が無料になります。

インフルエンザ予防接種実施票

インフルエンザ予防接種を実施しました。

接種後30分間は、急に副反応が起こることがあります。
医師（医療機関）とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
医療福祉生活協同組合おおさか コープおおさか病院

令和 6年 月 日 様

0.5ml 皮下
0.25ml 皮下

1回目

接種部位 (左・右) 上腕部

インフルエンザ予防接種予診票

ID:

日付:

小児1回目

ふりがな		令和・平成
氏名	男・女	年 月 日 () 歳

13歳未満 組 2,500円 非組 5,000円

〒	電話番号	-	-
住所:			

当日加入 (有・拒否)

東振協組合 4060円 補助あり ()

質問事項	解答欄		医師確認欄
1. 本日受けるインフルエンザ予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 本日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ※はいの方、それはどんな状態ですか ()	はい	いいえ	
4. その他、最近1カ月以内に病気にかかったり、ケガをしましたか。 病名 () 時期 (頃)	はい	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療(投薬など)をうけていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
6. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 ※はいの方は病名をお書きください () その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーはありますか。	はい	いいえ	
11. 以前にインフルエンザ予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
12. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種は ()	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に ()	はい	いいえ	

太枠内をご記入ください

※医師の記入欄

診察所見・その他特記事項

体温測定 度 分

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名
又は
記名押印

※使用ワクチン名

※実施場所 コープおおさか病院

※Lot No.

※最終有効年月日

※接種部位(左・右)上腕部

※接種医師名

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、接種を希望します。

被接種者 署名

代筆者名
または
保護者名

続柄

©この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用しません。

インフルエンザ予防接種実施票

インフルエンザ予防接種を実施しました。

接種後30分間は、急に副反応が起こることがあります。
医師（医療機関）とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
医療福祉生活協同組合おおさか コープおおさか病院

令和 6年 月 日

0.5m l 皮下
0.25m l 皮下

2回目

接種部位 (左・右) 上腕部

インフルエンザ予防接種予診票

ID:

日付:

小児2回目

ふりがな		令和・平成
氏名	男・女	年 月 日 () 歳

13歳未満 組 2,500円 非組 5,000円

〒	電話番号	-	-
住所:			

当日加入 (有・拒否)

東振協組合 4060円 補助あり ()

質問事項	解答欄		医師確認欄
1. 本日受けるインフルエンザ予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 本日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ※はいの方、それはどんな状態ですか ()	はい	いいえ	
4. その他、最近1カ月以内に病気にかかったり、ケガをしましたか。 病名 () 時期 (頃)	はい	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療(投薬など)をうけていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 ※はいの方は病名をお書きください () その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーはありますか。	はい	いいえ	
11. 以前にインフルエンザ予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
12. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種は ()	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に ()	はい	いいえ	

太枠内をご記入ください

※医師の記入欄

診察所見・その他特記事項

体温測定 度 分

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名
又は
記名押印

※使用ワクチン名

※実施場所 コープおおさか病院

※Lot No.

※最終有効年月日

※接種部位(左・右)上腕部

※接種医師名

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、接種を希望します。

被接種者 署名

代筆者名
または
保護者名

続柄

©この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用しません。