

インフルエンザ予防接種 予約を開始します

◆予約方法◆ **完全予約制**

予約開始：2025年9月1日～

電話【045-633-7681】もしくは来院時にお申込みください。

ワクチンの入荷の状況により、接種可能人数に達した時点で
予約を終了させていただきます。

◆接種開始◆

接種開始：2025年10月1日～

◆対象年齢・回数・料金◆

対象年齢	接種	自己負担額
3歳以上～13歳未満	1回目	3500円
	2回目	3000円
13歳以上～65歳未満	1回	3500円
65歳以上	1回	2300円

☆ 18歳未満の方は必ず保護者の付き添いが必要です

※高校生は保護者の同意書持参で接種可能です

☆ 他ワクチン接種をしている場合、
一定期間をあけての接種が必要です



医療法人社団快晴会 大口整形外科

☎ 045-633-7681

インフルエンザHAワクチンの予防接種について

インフルエンザHAワクチンの予防接種を実施するにあたって、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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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下さい。

【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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管性浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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下さい。

非常にまれですが、次のような重大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（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）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（まれに28日以内に）発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などがあらわれる③脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎④ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）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など）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

上記の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下さい。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または家族が、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（通常は37.5℃以上の人）
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HA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旨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相当と判断した人

【予防接種を受けるにあたり、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、発疹、じんましん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のある人
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HA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. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、普段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。
4. 万一、高熱やけいれんなど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下さい。

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 おこし下さい	

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた人又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、救済手続きを行う制度があります。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をご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話：0120-149-931（フリーダイヤル）
URL：https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html

インフルエンザ予防接種同意書

大口整形外科殿

インフルエンザワクチンの予防接種を受けるにあたって、

- ①説明書をよく読み、内容を十分に理解したこと。
- ②接種当日、医師の判断で接種できない場合があること。
- ③接種後、体調が急変した際に医師の判断で救急対応をする場合があること。

以上、承知したうえで、子どもにインフルエンザワクチンを接種することに同意します。

お子様氏名

生年月日

平成

年

月

日

(才)

住所

緊急連絡先（接種当日 保護者の方と緊急連絡ができる電話番号）

保護者氏名（必ず自署でお願いします）

記載日 令和 年 月 日

※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。