

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住所	TEL ()		度	分
フリガナ	男・女	生年月日	年	月 日
受ける人の氏名			(歳	ヵ月)
(保護者の氏名)				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名() はい いいえ 特に尋ねていない	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
5. 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名()	いいえ	
6. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬名・食品名()	いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい(回ぐらい) (最後は 年 月ごろ)	いいえ	
8. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
9. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ 前回の接種(月 日)	はい	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
11. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名()	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 接種日(月 日) 予防接種名()	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ	
15. 【女性の方に】 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16. 【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重()g	はい 具体的に()	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。			

医師記入欄

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。
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師の署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)。

署名 (代筆者の場合：続柄) (なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン「KMB」 Lot No. : カルテNo. : (販売：Meiji Seika ファルマ株式会社)	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ワクチン接種を受けられる方が子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。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、小水疱などがみられることがあります。数日以内に自然に消失します。また、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、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) 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) ネフローゼ症候群など。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又は近くの医療機関にご相談ください。

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℃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(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)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. 過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 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
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 妊娠の可能性がある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)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。
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ることはやめましょう。
4. 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。

接種予定日	月	日()	医療機関名
	時	分頃 おこしてください	
当日は受付に			

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がはじまります

《日時について》

「一般診察時間」内の
インフルエンザ不活化ワクチン・経鼻生ワクチン(フルミスト)予防接種ご希望の方
【完全予約制】2024年10月1日(火)～
月、火、木、金 9:30～10:45、16:00～17:30

2024年10月12日(土)～

「インフルエンザ専用時間」で接種ご希望の方
【完全予約制・インフルエンザのみ・感冒症状のない方のみ※】
土 15:00～17:00
日・(祝) 10:00～12:00

- ※平日の「予防接種・健診専用時間帯」は基本的にインフルエンザ以外のワクチンを接種する時間なので、インフルエンザの単独接種は行いません。
- ※インフルエンザ予防接種が初めてのお子様は、「一般診察時間」または「インフルエンザ専用時間」でのインフルエンザワクチン単独での接種をお願いしております。

《予約について》

- ・予約はインターネットからのみになります。
- ・「インフルエンザ予防接種」は【完全予約制】です。予約のない方は接種できません。
- ・予約の枠が全て埋まっている場合は画面に表示されません。
- ・上記のお時間でご両親・ご兄弟も一緒に接種が可能ですが、その場合は、接種予定のお子さま全員分の患者番号とご家族それぞれの氏名と年齢の入力が必要です。予約をとる前に、ご登録のないお子さまはご来院の上受付にて登録用紙のご記入をお願いします。また、ご予約の際は一人一枠で人数分お取りください。
- ・予約時間に遅れた場合は呼び出しの順番が遅くなる場合がございますのでご了承ください。また、15分以上遅れた場合は自動キャンセルになります。
- ・予約の変更は、インターネットにて患者様ご自身で行ってください。一旦キャンセルして別日に新たに予約をおとり頂きます。キャンセルは一人ずつしていただく必要があります。

※最新の情報は当院 HP または 公式 LINE アカウントにて確認してください。

《注意事項》

☆以下の方は予防接種を受けられません

- ・当日、37.5℃以上の熱、咳や鼻汁等感冒症状がある方
咳や鼻汁が治りかけのときは、「一般診察時間」で接種が出来る場合があります。
症状がある方のインフルエンザワクチン専用時間帯でのご来院はご遠慮ください。
- ・初回のけいれんから3ヵ月以内の方

☆以下に該当される方は、接種可能かご予約前にご相談ください。

- ・1ヵ月以内に病気にかかった方（発熱、感冒症状、胃腸炎などの症状があった方）
- ・1ヵ月以内に感染症にかかった方 または ご家族で感染症にかかった方がいる方
- ・卵のアレルギーがある方

☆経鼻生ワクチン(フルミスト)に関しましては、予診票の裏面の【接種をご希望の方へ】をよくお読みください。

ワクチンの効果・副反応・フルミストの接種ができない方・接種後の注意等記載してあります。
ご不明な点等ありましたら、お電話ください。

《接種日まで・接種日当日のお願い》

- ・事前に予診票を取りに当院まで取りにお越し下さい。
- ・予診票の裏面を必ずお読みください。
- ・自宅で予診票の必要事項をすべて記入してください。記入もれのないようお願いします。
体温は、当日自宅ではかったものを記入してきてください。
- ・接種当日は、診察券または Web 診察券、母子手帳、予診票を必ずお持ちください。
**！！母子手帳をお忘れになったり、母子手帳にワクチン接種履歴の記載漏れがある場合は
いかなる理由でも接種できません！！お気を付けください（ご両親以外）。**
- ・母子手帳にはインフルエンザワクチン接種日までのすべてのワクチンの接種記録を記入して
いただく必要があります。他院で接種された分も必ず記入してください（コロナワクチン含む）。

《お支払いについて》

- ・お支払いはクレジットカード決済となります。
- ・予約時にクレジットカードのご登録が必要です。
- ・領収書をご入用の際は予約時に入力をお願い致します。
- ・領収書は後日に再発行はできません。紛失されないようご注意ください。

※最新の情報は当院 HP または 公式 LINE アカウントにて確認してください。

Influenza Vaccination (Flu Shot) – Medical History

インフルエンザ予防接種予診票（英語）

*Please write within the boxes. 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

*Guardians with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child. 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をご記入ください。

Body temperature before exam 診察前の体温	°C
--	----

Address 住所	TEL
Name of patient 受ける人の名前	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
(Guardian's name) (保護者の氏名)	Date of Birth 生年月日 (year 年 month 月 day 日 (years old 歳 (months)ヶ月)

Questions 質問事項	Answers 回答欄	Doctor's Notes 医師記入欄
1 Did you read and understand the explanation about the vaccination you are about to receive today? 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい	
2 Is today your first influenza vaccination (flu shot) of this season? 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい This is my _____ time 回目 My last shot was 前回の接種は _____ month 月 _____ day 日.	
3 Are you feeling sick today at all? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> No ない	
4 Are you currently going to the doctor for any sort of illness? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
•Are you receiving treatment (medication, etc)? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
•Did the doctor treating you say it was alright to get the influenza vaccination? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい	
5 Have you been sick in the last month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
6 Have you ever been diagnosed with a serious illness? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> cardiovascular 心臓血管系 <input type="checkbox"/> kidneys 腎臓 <input type="checkbox"/> liver 肝臓 <input type="checkbox"/> blood disease 血液疾患 <input type="checkbox"/> immunodeficiency disease 免疫不全症	
7 Have you ever been diagnosed with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses? If so, are you currently in treatment? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	<input type="checkbox"/> Yes はい _____ year 年 _____ month 月頃 <input type="checkbox"/> Currently in treatment 現在治療中 <input type="checkbox"/> Not in treatment 治療していない	<input type="checkbox"/> No いいえ
8 Have you ever had a seizure (convulsions)? 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある _____ times 回ぐらい The last one was 最後は _____ year 年 _____ month 月頃	<input type="checkbox"/> No ない
9 Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain medicines or foods? 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある Medicine or food name: 薬または食品の名前 <input type="checkbox"/> eggs 卵 <input type="checkbox"/> chicken 鶏肉 <input type="checkbox"/> other その他	<input type="checkbox"/> No ない
10 Have you or any of your relatives been diagnosed with a congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
11 Have you, your family, or anyone around you contracted measles, rubella, chicken pox, or mumps in the last month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	<input type="checkbox"/> Yes いる <input type="checkbox"/> measles 麻しん <input type="checkbox"/> rubella 風しん <input type="checkbox"/> chicken pox 水痘 <input type="checkbox"/> mumps おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> No いない
12 Have you received any vaccinations in the last month? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい Name of vaccination 予防接種名	<input type="checkbox"/> No いいえ
13 Have you ever felt sick after receiving a vaccination? 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	<input type="checkbox"/> Yes ある Name of vaccination 予防接種名 <input type="checkbox"/> Influenza vaccination インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> Other その他	<input type="checkbox"/> No ない
14 (Women only) Are you currently pregnant? (女性の方に)現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ
15 (If the vaccination is for a child) (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) Were there any problems with the child's health during labor, delivery, or infancy? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> labor 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> delivery 出生時 _____ <input type="checkbox"/> infancy 乳幼児健診 _____	<input type="checkbox"/> No ない
16 If there are any other things about your health that you want to tell the doctor, please write them here. その他、健康状態のことで		

医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。

医師の記入欄：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) **医師の署名又は記名押印**
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合
機構法に基づく救済について、説明した。

After an examination with the doctor, I have heard and understood the doctor's explanation about the vaccination, its effects and purpose, and the possibility of serious side effects.
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などについて理解した上で、接種を希望しますか。
 Yes, I want to receive the vaccination 接種を希望します
 No, I do not want to receive the vaccination 接種を希望しません

Patient's Signature (Guardian's Signature)
本人の署名(または保護者の署名)

*Patients that are not able to write themselves must have a representative sign and state their relationship to the patient.
自書できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HA ワクチン <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研	Lot.No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種日時： 平成 年 月 日 :時 分
	カルテ No.		

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、予診票に出来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をご記入ください。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、リンパ腫膨張、嘔吐・嘔気、腹痛、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、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。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢系ニューロパチー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。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下さい。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、アナフィラキシー様症状(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、白血球破碎性血管炎等)、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下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、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こととなります。

[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℃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ください。
- 4 その他、医師が予防接種を受けることが不適當を判断した人

[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 かぜ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日以内に発熱のみられた人及び発しん、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)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
- 6 今までのけいれん(ひきつけ)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してきされたことのある人
- 8 妊娠している人
- 9 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

[ワクチン接種後の注意]

- 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、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2 接種部位は清潔に保ちましょう。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。
- 4 万一、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合、速やかに医師の診察を受けてください。

The Influenza Vaccination

In order to administer the influenza vaccination (or flu shot) to a patient, we must first know the patient's health condition, so please fill out the medical history sheet as thoroughly as possible. A guardian with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child.

Effects and Side Effects of the Vaccination

With the vaccination, it is possible to prevent influenza and the complications and deaths associated with the influenza virus.

Generally, side effects are mild. The injection site may redden, become swollen, become hard, feel hot, hurt, or feel numb, but these symptoms normally disappear within 2-3 days. You may also experience fever, chills, headaches, lethargy, temporary loss of consciousness, dizziness, swollen lymph nodes, vomiting or nausea, stomachaches, diarrhea, loss of appetite, joint pain, and/or muscular pain, but these symptoms normally disappear within 2-3 days. An oversensitivity to the vaccination may lead to rashes, hives, eczema, erythema, erythema multiforme, and/or itchiness, as well as facial palsy and other forms of paralysis, peripheral neuropathy, and/or uveitis. Please tell your doctor if you have a strong allergy to eggs, as there is the possibility of serious side effects. The following side effects are extremely rare but have been known to occur: 1) shock, anaphylactic reaction (hives, difficulty breathing, etc), 2) acute disseminated encephalomyelitis (fever, headaches, seizures, impaired mobility, impaired consciousness, etc, within 2 weeks after receiving the vaccination), 3) Guillain-Barre syndrome (numbness in both hands or feet, difficulty walking, etc), 4) seizures (including fever convulsions), 5) liver function impairment, jaundice, 6) emergence of asthma symptoms, 7) thrombocytopenic purpura, decrease in platelets, 8) vasculitis (allergic purpura, allergic granulomatous angiitis, leukocytoclastic vasculitis, etc). Please tell your doctor if you have any symptoms corresponding to the above side effects. If you have suffered an injury to your health (any sickness or injury that requires hospitalization), you or your family can receive relief services in accords with the Law for the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency.

Patients that cannot receive the influenza vaccination:

- 1 Patients found with a high fever (above 37.5°C)
- 2 Patients found to be suffering from a serious acute illness
- 3 Patients who have had an anaphylactic reaction to the influenza vaccination in the past
Additionally, patients who have had an anaphylactic reaction to any administered or prescribed medicine in the past must tell their doctors before receiving the influenza vaccination.
- 4 Any other person determined by their doctor to be unable to receive the vaccination

Patients that must consult with their doctor before receiving the influenza vaccination:

- 1 Patients with heart disease, kidney disease, liver disease, blood disease, or other serious illness
- 2 Patients with delayed development and receiving care from their doctor and health nurses
- 3 Patients recovering from a cold or other illness
- 4 Patients that had a fever within two days of a vaccination, or allergic complications like rashes or hives
- 5 Patients who have experienced rashes on the skin from medicine or food (containing chicken eggs or chicken meat), or otherwise felt unwell
- 6 Patients who have experienced seizures (convulsions) in the past
- 7 Patients who have been diagnosed with or have had relatives diagnosed with immunodeficiencies in the past
- 8 Pregnant women
- 9 Patients with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses

Caution – Please Read

- 1 You may experience sudden side effects in the 30 minutes after receiving the influenza vaccination. Stay within the medical facility so that you can observe your symptoms and promptly contact a doctor if necessary.
- 2 Keep the injection site clean and hygienic. You may use the shower or bath the same day you have been vaccinated but do not rub, scratch, or scrub the injection site.
- 3 Continue your daily routine on the day of the vaccination. Avoid extreme exercise or over-consumption of alcohol.
- 4 In the small chance that you experience a high fever, seizures, or other serious side effects, please consult a doctor as soon as possible.