

ニュートン市



Ruthanne Fuller
市長

保健・ヒューマンサービス局

1000 コモンウェルスアヴェニュー
ニュートン MA 02459

電話 617. 796. 1420 ファクス 617. 552. 7063
TDD/TTY (聴覚障害者用) 617. 796. 1089



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

2019年9月

保護者各位

今年もインフルエンザ予防接種の季節が訪れ、保健・ヒューマンサービス局ではニュートン市のキンダーガーテン~12年生の全生徒にインフルエンザ予防接種を提供することとなりました。

この予防接種は開校時間中に無償でご家族に提供されます。マサチューセッツ州公衆衛生局 (MDPH) からワクチンが提供されるおかげで、今年も無償インフルエンザ予防接種プログラムを実施することができます。しかし、ワクチンを投与するための費用の一部払い戻しを市が受けるには、医療保険に関する情報が必要です。本年度は学校での経鼻インフルエンザ・ワクチン (FluMist) の接種は行いません。

予防接種クリニックは各ニュートン市立学校で9月末ごろから11月中旬にかけて開催されます。具体的なクリニックの日程は各学校で発表されるほか、オンラインでもご覧になれます：www.newtonma.gov/flu

お子様がインフルエンザ予防接種を受けられるよう、お子様の学校でのクリニック開催日の2日前までに次の2種類の書式をスクールナースに提出してください。

1. 同意/スクリーニング検査書
2. 生徒用インフルエンザ予防接種記録/保険情報

- これらの書式はオンライン (www.newtonma.gov/flu) またはスクールナース室で入手できます。
- 申し込みがされていない生徒はワクチンを受けることができません。
- インフルエンザ予防接種のリスクや利益等については www.newtonma.gov/flu、「Vaccine Information Statement (予防接種の説明)」をご覧ください。また、ご不明な点がありましたらスクールナースにお尋ねください。
- 疾病管理予防センター (CDC) は生後6か月以上のすべての人にインフルエンザ予防接種を勧めています。

毎年、インフルエンザによる深刻な合併症のリスクに子どもたちはさらされます。インフルエンザ予防接種は子どもたちをインフルエンザから守る最も有効な手段の一つです。この重要な予防プログラムをぜひご利用ください。インフルエンザ予防接種や去年のプログラムとの違いについてご質問がありましたらスクールナースにお尋ねください。

以上

ルス・ホシノ (Ruth Hoshino) RN
学校保健サービス局長

デビッド・フライシュマン (David Fleishman)
学長



生徒インフルエンザ予防接種同意書・適性審査用フォーム 2019-2020

生徒の姓 (Child's Last Name)	生徒の名 (Child's First Name)	生年月日 (DOB)	年齢 (Age)
親/保護者の姓 (Parent/Guardian Last Name)	親/保護者の名 (Parent/Guardian First Name)	親/保護者の日中連絡先電話番号 (Daytime Phone)	
学校名 (School Name)	教師 (保育園～5 学年) (Teacher) またはチーム (6 学年～8 学年) (Team) 9 学年～12 学年は空欄のまま	学年 (Grade)	

以下のインフルエンザ予防接種適性審査用の質問に回答し署名してください。

	はい (Yes)	いいえ (No)
1. お子さんがインフルエンザ・ワクチンに対しひどい反応を起こしたことがこれまでにありますか? (Has your child ever had a serious reaction to a flu vaccine in the past?)		
2. お子さんはインフルエンザ予防接種後 6 週間以内にギラン・バレー症候群 (一時的に重度の筋力低下を示す病気) にかかったことがこれまでにありますか? (Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome?)		
3. お子さんは卵を食べた後にアレルギー反応を起こしたことがこれまでにありますか? (Has your child ever had a serious allergic reaction after eating eggs?)		
4. お子さんはゲンタマイシン、ネオマイシン、ポリミキシン、またはジェラチンに対してアレルギーがありますか? (Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymyxin, or gelatin?)		

質問 1 と 2 に「はい」と回答された場合、お子さんは学校でこの予防接種を受けることはできません。質問 3 と 4 に「はい」と回答された場合、利用可能な製剤によっては、お子さんが学校でこの予防接種を受けることができる場合もあります - 詳しくは 617-796-1420 番までお問い合わせください。これらの質問に何と回答したらよいか分からない場合は、お子さんのかかりつけの医師にお尋ねください。

私はインフルエンザ予防接種に関するワクチン情報を読み、リスクおよびベネフィットを理解しました。私は私の子供がこのワクチンの接種を受けることに同意します。

親/保護者の署名 (Parent/Guardian Signature)

日付 (Date) : _____

6 か月～8 歳の全児童について :

この年齢グループのお子さんは、2019 年 7 月 1 日以前に任意の季節性インフルエンザ・ワクチンの摂取を 2 度受けている場合は別として、2019-2020 年度の季節性インフルエンザ・ワクチンの摂取を 2 度、少なくとも 4 週間の間隔を置いて受ける必要があります。

2 度目の摂取を受けるには、お子さんのかかりつけの医師に連絡されるか、または www.newtonma.gov/flu にアクセスして他の診療所をチェックしてください。

マサチューセッツ州法 (M.G.L. c. 111, Section 24M) は、**Massachusetts Immunization Information System (マサチューセッツ予防接種情報システム=MIIS)**と呼称される電子化された予防接種レジストリーに対し予防接種情報を報告することを、医療機関に義務付けています。MIIS は、あなたおよび担当の医療サービス提供者のために、予防接種記録を保存し、はしかやインフルエンザといったような病気の発生の予防に役立つようにします。MIIS 内の全情報は、安全にかつ部外秘扱いで保管されます。MIIS は医療サービス提供者、在学看護師、地元衛生局、予防接種に関係している州機関との間で情報が共有されることを認めます。あなたには、あなたの予防接種情報が MIIS 内で関係者間で共有されることに異議を唱える権利があります。さらに詳しくは、かかりつけの医療機関にお尋ねになるか、MIIS のウェブサイト (www.mass.gov/dph/miis) にアクセス、またはマサチューセッツ予防接種プログラムに直接電話 (617-983-6800 番または 888-658-2850 番) にてお問い合わせください。

2019-2020 生徒用インフルエンザ予防接種記録/保険に関する情報

予防接種を受ける人はこの用紙に記入する必要があります。保険の情報がわからない場合は、わかる範囲で記入してください。

予防接種を受ける人 (Information about the person to receive the vaccine) (楷書で記入) : *欄は必ず記入

姓 (Last Name)*	名 (First Name)*	ミドルネーム (MI)	生年月日 (DOB): * ____ / ____ / ____ 月 (M) 日 (D) 年 (Y)	年齢 (Age)*	性別 (Sex):*
住所番地 (Address):*					
市 (City):*	州 (State): *	郵便番号 (Zip):*	電話番号 (Phone):* ()		

保険に関する情報 (Insurance Information): 加入者番号を文字も含め始めから終わりまで記入

保険会社の名称 (Name of Insurance Co):	加入者 ID 番号 (Member ID Number):	グループの ID 番号 (Group ID Num.) (入手できる場合)
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

予防接種を受ける方が保険加入者/保険契約者ではない場合は、以下に所要事項を記入してください: (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder)

加入者の氏名 (Subscriber's Name): (姓、ファースト、ミドルネーム) (Last, First, MI)	加入者の生年月日 (Subscriber's DOB): ____ / ____ / ____ 月 (M) 日 (D) 年 (Y)	性別 (Sex):		
加入者の住所の番地 (Subscriber's Address): (上記住所と異なる場合)				
市 (City)	州 (State)	郵便番号 (Zip)	電話番号 (Phone) ()	
加入者と患者の関係 (Pt relationship to subscriber): (○で囲む)		配偶者 (Spouse)	子ども (Child)	その他 (Other)

18歳以下の子どもについては以下に回答してください (For children 18 years of age and younger).

<p>VFC (子どもの予防接種) 制度の受給資格あり (Is Vaccine for Children Program eligible) :</p> <p><input type="checkbox"/> アメリカンインディアン (アメリカ先住民) またはアラスカ先住民である (Is American Indian or Alaska Native)</p> <p><input type="checkbox"/> メディケイド (メディケイドを通じて加入している場合は MassHealth、HMO 等も含む) に加入している (Enrolled in Medicaid)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療保険に加入していない (Does not have health insurance)</p> <p>VFC 受給資格なし (Is not VFC eligible) :</p> <p><input type="checkbox"/> 医療保険に加入している。アメリカンインディアン (アメリカ先住民) またはアラスカ先住民ではない (Has health insurance and is not American Indian or Alaska Native)</p>
--

私は、私の保険会社への請求を許可します (I give permission for my insurance company to be billed).

X _____ 日付 (Date): _____

(患者、親、または法的保護者の署名) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

For Clinic/Office Use Only (医療機関専用):

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date of Service/Date VIS Given	Vax Type	Vaccine Mfgr	State Supplied	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS
								IM	R Arm L Arm	8/15/19

ワクチン情報文書

インフルエンザワクチン(不活化型または組み換え型) : 知っておきたいこと

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis for more information. Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis for more information. Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis for more information.

1 なぜワクチン接種が必要ですか?

インフルエンザは米国内で毎年流行する感染症で、流行時期は10月から5月です。

原因はインフルエンザウィルスで、咳・くしゃみ・他人との密接な接触でうつります。

誰でもインフルエンザに感染します。インフルエンザは急に発症し、数日間続きます。年齢により様々ですが、以下の症状があげられます：

- 発熱・悪寒
- のどの痛み
- 筋肉痛
- 倦怠感
- 咳
- 頭痛
- 鼻水・鼻詰まり

インフルエンザにより肺炎・血液感染に進展したり、子供には下痢・けいれんが起きることがあります。心臓や肺疾患などの病気にかかっている場合、インフルエンザによって悪化する場合があります。

人によってインフルエンザ感染の危険性が高まります。乳幼児・65歳以上の高齢者・妊婦・病人や、免疫力が低下している場合に、感染のリスクが高まります、

毎年米国でインフルエンザにより何千人もの死者が出ており、それ以上の入院数が報告されています。

インフルエンザワクチン接種で以下が期待できます：

- インフルエンザ感染を避けることができ、
- インフルエンザに感染した場合でも軽い症状で済み、
- 家族その他の人々へのインフルエンザ感染拡大を防ぐことができます。

2 不活性化および組み換え型インフルエンザワクチン

インフルエンザワクチンは、毎年の流行時期に1回接種することが推奨されています。生後6カ月から8歳までの乳幼児は、同じ流行時期に2度の接種が必要となる場合があります。それ以外の人々は、流行時期の接種は1回のみです。

不活化ワクチンには、ごく少量の水銀を含む防腐剤が加えられているものがあります。ワクチンに含まれるチメロサルが有害であるという研究報

告はありません。チメロサルを含まないワクチンも開発されています。

インフルエンザワクチンは生ワクチンではありません。ワクチン接種によりインフルエンザが発症することはありません。

インフルエンザウィルスは多くの型があり、常に変化しています。その年に流行が予想される3-4種のウィルスの型に対応するインフルエンザワクチンが、毎年新たに開発されます。ワクチンがウィルスの型に一致しない場合でも、一定の予防効果があります。

インフルエンザワクチンで以下は予防されません：

- ワクチンの対象外のウィルスで感染したインフルエンザや、
- インフルエンザに類似した病気。

ワクチン接種後、2週間ほど経過して免疫が確立され、流行時期が終わるまで維持します。

3 ワクチン接種を避けなければならない場合

以下のような場合、予防接種担当者にお知らせください：

- 何かに生死に関わる強いアレルギーがある場合。
インフルエンザワクチン接種後に生死に関わるアレルギー反応が見られた場合、またワクチンの成分に強いアレルギーがある場合、ワクチン接種を控えるよう指示される場合があります。ほとんどの型のインフルエンザワクチンには、少量の卵タンパク質が含まれます。
- 今までにギラン・バレー症候群 (GBS) を発症した場合。
GBSにかかったことがある場合、インフルエンザワクチンを接種してはならない場合があります。医師とご相談ください。
- 気分が優れないとき。
軽い病気にかかっている場合でもインフルエンザワクチンの接種はできますが、回復してからの接種を勧められる場合があります。



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

4 ワクチンの副反応のリスク

薬の副作用と同様に、予防接種にも副反応が見られる場合があります。これらの症状は通常軽く、自然に治まりますが、深刻な反応が見られる場合もあります。

インフルエンザワクチンを接種しても、ほとんどの場合に問題はありません。

インフルエンザワクチン接種後に発生する軽度の問題には以下が含まれます：

- 接種部分の痛み・赤み・腫れ
- 発熱
- 痛み
- 声がれ
- 頭痛
- 目の痛み・赤み・かゆみ
- かゆみ
- 咳
- 倦怠感

これらの症状は、通常接種直後に現れ、1-2日間続きます。

接種後のより深刻な問題としては、次があげられます：

- 不活化ワクチン接種後に、ギラン・バレー症候群（GBS）が発症するリスクがわずかに高まります。これはワクチン接種者100万人に1-2人の確率と推定されています。これは、インフルエンザ感染で重い症状に進展する確率に比べれば、非常に低いものです。インフルエンザ感染はワクチン接種で予防できます。
- 肺炎球菌ワクチン（PCV13）・DTaPワクチンの一方か両方とインフルエンザワクチン接種を同時に行った幼児の場合、熱性けいれんを起こす可能性がわずかに高まります。詳しくは医師にお尋ねください。過去にけいれんを起こしたことがある場合は、インフルエンザワクチン接種時に医師にお伝えください。

ワクチン予防接種後に想定される問題：

- 予防接種などの医療処置を受けた場合、気を失う場合があります。15分程度座る、または横になることで失神を避け、転倒してけがをすることが防げます。目がくらんだり、視野に変化があったり、耳鳴りがする場合は医師に知らせてください。
- 接種後に肩に激痛があったり、接種した方の腕が動かしくくなる場合があります。これらが見られる場合は非常に稀です。
- どのような薬も強いアレルギー反応を引き起こす可能性があります。ワクチン接種によるこのような反応は非常に稀で、100万回に1回程度で、接種後数分-数時間で発生するものとされています。

他の薬と同様、ワクチン接種が深刻なけがや死亡の原因となる可能性は非常に低くなっています。

ワクチンの安全性確認は常に行われています。詳しくは以下をご覧ください：

www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 重大な反応があった場合には？

どのようなことに注意せねばなりませんか？

- 強いアレルギー反応・高熱・行動の変化などがなければ注意して観察してください。

強いアレルギー反応の症状としては、蕁麻疹・顔面と喉の腫れ・呼吸困難・心拍増加・めまい・虚弱などがあげられます。これらの症状は、接種後数分から数時間後に現れます。

何をすべきですか？

- 強いアレルギー反応その他の緊急事態と考えられる場合には、救急車(9-1-1)を呼んで最寄りの病院で受診してください。それ以外の場合は、主治医に連絡をしてください。
- アレルギー反応はワクチン有害事象例報告データベース（VAERS）へ報告する必要があります。担当医師に報告義務がありますが、VAERSのウェブサイトwww.vaers.hhs.govで、または電話1-800-822-7967での自己報告も可能です。

VAERSでは医療に関する診断は行いません。

6 全米ワクチン被害補償プログラム

全米ワクチン被害補償プログラム（VICP）は、特定のワクチンで被害を受けた人々を救済するために設けられた連邦政府のプログラムです。

ワクチン接種による被害の疑いがある場合、電話1-800-338-2382またはVICPのウェブサイトwww.hrsa.gov/vaccinecompensationでプログラム内容を確認し、補償請求を提出することができます。補償請求には提出期限があります。

7 より詳しい情報は？

- 医師にお尋ねください。ワクチン添付文書やその他の情報源について助言を受けることができます。
- お住まいの地域か州の保健局に連絡ください。
- 疾病対策センター（CDC）にご連絡ください：
 - 1-800-232-4636（1-800-CDC-INFO）まで電話か、
 - CDC（疾病対策センター）のウェブサイトwww.cdc.gov/fluをご覧ください

Vaccine Information Statement - Japanese
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only



Translation provided by the Oregon Health Authority

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent **influenza (flu)**.

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years of age and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

Each year **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2 Influenza vaccine

CDC recommends everyone 6 months of age and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against three or four viruses that are likely to cause disease in the upcoming flu season. Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3 Talk with your health care provider

Tell your vaccine provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**.
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called GBS).

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination to a future visit.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



4 Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccine.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13), and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5 What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff do not give medical advice.*

6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim. There is a time limit to file a claim for compensation.

7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** or
 - Visit CDC's www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
**Inactivated Influenza
Vaccine**



Office use only