



平成21年11月 2日

各 医 師 会  
感染症危機管理担当理事 殿

福 岡 県 医 師 会  
感染症危機管理担当理事  
原 口 宏 之  
( 公 印 省 略 )

新型インフルエンザワクチン接種後の副反応に関する  
保健所への報告について（依頼）

新型インフルエンザワクチン接種後の副反応報告につきましては、「受託医療機関における新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種実施要領」の「8 副反応の報告」に基づき、受託医療機関から厚生労働省に直接ご報告いただくこととなっておりますが、今般、その報告について、福岡県においても速やかに情報を収集する必要があることから、受託医療機関を管轄する保健所（県保健福祉環境事務所又は保健所設置市）にも同時に連絡をいただきたい旨、福岡県保健医療介護部保健衛生課より別添のとおり依頼がありましたのでご連絡いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下の受託医療機関に対し、副反応があった場合には、別紙様式7により国への報告と同時に管轄の保健所にFAXでご連絡下さいますよう周知方をお願い申し上げます。

また、厚生労働省が10月30日に発表した副反応の報告状況についても併せてお知らせいたします。

記

1. 国への報告：厚生労働省（フリーダイヤル FAX 番号 0120-510-355）
2. 保健所への報告：別添を参照下さい。

---

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 毛利康茂  
新型インフルエンザ対策委員会  
会長 丸山 泉

( 公印省略 )

21保衛第1982号  
平成21年10月29日

社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部保健衛生課長  
( 感 染 症 係 )

#### 新型インフルエンザワクチン接種後の副反応報告について

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、ご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記につきましては、「受託医療機関における新型インフルエンザ( A / H 1 N 1 ) ワクチン接種実施要領」の「8 副反応の報告」に基づき、受託医療機関から厚生労働省にご報告いただくこととなっておりますが、その報告について、本県においても速やかに情報を収集する必要があると考えております。

つきましては、別紙様式7によりFAXにて受託医療機関を管轄する保健所( 県保健福祉環境事務所又は保健所設置市 ) にも連絡していただきますよう、貴会会員( 受託医療機関 ) へ周知・協力方をよろしくお取り計らいますようお願いいたします。

なお、厚生労働省より副反応の報告状況について別添のとおり送付がありましたのでお知らせします。

(別紙様式 7)

## 新型インフルエンザ予防接種後副反応報告書

厚生労働事務次官 殿

|                |                                                                      |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|----------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 患 者<br>(被接種者)  | 性別                                                                   | 1 男<br>2 女                                                                                                                               | 年齢         | 歳 月         | 妊娠             | <input type="checkbox"/> 無<br>(妊娠) | <input type="checkbox"/> 有<br>(過) |  |
|                | 住所                                                                   | 都道府県 区市町村                                                                                                                                |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 報 告 者<br>(作成者) | 氏名<br>(名称)                                                           | 1 接種者 2 主治医 3 本人又は保護者 4 その他( )                                                                                                           |            |             |                |                                    |                                   |  |
|                | 施設名                                                                  |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
|                | 住所                                                                   | 都道府県 区市町村                                                                                                                                |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 接種場所           | 施設名                                                                  | 住所                                                                                                                                       |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 接種の状況          | 接種日                                                                  | 平成 年 月 日                                                                                                                                 |            | 午前・午後       |                | 時 分                                |                                   |  |
|                | ワクチン<br>(本剤)                                                         | 製造所名                                                                                                                                     |            |             | ロット番号          |                                    |                                   |  |
|                |                                                                      | 接種部位                                                                                                                                     | 皮下・筋肉内     |             | 接種側            | 右・左                                |                                   |  |
|                |                                                                      | 接種量                                                                                                                                      | mL         |             | 接種回数*          | 1 回目・2 回目                          |                                   |  |
|                | 同時接種                                                                 | 1 なし 2 あり (ワクチン名: )                                                                                                                      |            |             |                |                                    |                                   |  |
|                | ワクチン<br>(同時接種)                                                       | 製造所名                                                                                                                                     |            |             | ロット番号          |                                    |                                   |  |
|                |                                                                      | 接種経路                                                                                                                                     | 皮下・筋肉内・その他 |             | 接種側            | 右・左                                |                                   |  |
|                |                                                                      | 接種量                                                                                                                                      | mL         |             |                |                                    |                                   |  |
|                | 接種前の体温                                                               | 度 分                                                                                                                                      | 家族歴        |             |                |                                    |                                   |  |
|                | 予診票での留意点(アレルギー・基礎疾患・発育・最近1ヵ月以内のワクチン接種や病気等)<br>1. あり ( )<br>2. なし ( ) |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 副反応の<br>概 要    | 副反応名                                                                 |                                                                                                                                          |            |             | 副反応報告基準の番号     |                                    |                                   |  |
|                | 発生時刻                                                                 | 平成 年 月 日                                                                                                                                 |            | 午前・午後       |                | 時 分                                |                                   |  |
|                | 本剤との<br>因果関係                                                         | 1 関連有り 2 関連無し 3 評価不能                                                                                                                     |            | 他疾患等の可能性の有無 | 1 有 ( )<br>2 無 |                                    |                                   |  |
|                | 概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査)                                                 |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
|                |                                                                      |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 副反応の<br>重篤度    | 1 重篤→                                                                | 1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ<br>5 治療のために入院又は入院期間の延長<br>病院名 ; 医師名<br>平成 年 月 日入院/平成 年 月 日退院<br>6 上記1~5に準じて重篤<br>7 後世代における先天性の疾病又は異常 |            |             |                |                                    |                                   |  |
|                | 2 非重篤                                                                |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 副反応の<br>転 帰    | 転 帰 日                                                                | 平成 年 月 日                                                                                                                                 |            |             |                |                                    |                                   |  |
|                | 1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状 ) 5 死亡 6 不明                                 |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |
| 報告回数           | 1 第1報 2 第2報 3 第3報以後                                                  |                                                                                                                                          |            |             |                |                                    |                                   |  |

厚生労働省記入欄

|     |          |     |  |
|-----|----------|-----|--|
| 受付日 | 平成 年 月 日 | 受理印 |  |
|-----|----------|-----|--|

この報告書は、予防接種後、別表の A 型インフルエンザ (H1N1) 予防接種後副反応報告書報告基準に該当する場合又は該当する者を診断した場合に、必要事項を記載の上、直ちに厚生労働省に提出すること。

<記載上の注意>

1. 用紙の大きさは A 列 4 番にすること。
  2. 算用数字は、該当するものを○で囲むこと。
  3. 本報告書は予防接種後副反応報告として厚生労働省において予防接種事業の安全確保及びワクチンの安全対策に利用することとしています。当該報告については、薬事法第 77 条の 4 の 2 第 2 項の医療機関報告とみなして取り扱うため、医療機関から二重の報告は不要です。
  4. 報告された情報のうち重篤な症例については、原則として、厚生労働省から独立行政法人医薬品医療機器総合機構を通じて当該製品を供給する製造販売業者へ情報提供させていただきますので、当該業者から詳細調査のための連絡がいく場合があります。
  5. 報告された情報について、安全対策の一環として広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び被接種者のプライバシー等に関する部分は除きます。
  6. 患者住所は市区町村名までの記載で差し支えありません。
  7. 「副反応報告基準の番号」欄は報告対象となる副反応の、別表報告基準の該当する番号を御記入ください。
- \* 接種回数は、今シーズンの新型インフルエンザワクチンの接種回数として何回目か御記入ください。

【別表】

副反応報告基準

| 臨 床 症 状                   | 接種後症状発生までの時間 |
|---------------------------|--------------|
| (1) アナフィラキシー              | 24 時間        |
| (2) 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)      | 21 日         |
| (3) その他の脳炎・脳症             | 7 日          |
| (4) けいれん                  | 7 日          |
| (5) ギランバレー症候群             | 21 日         |
| (6) その他の神経障害              | 7 日          |
| (7) 39.0℃ 以上の発熱           | 7 日          |
| (8) 血小板減少性紫斑病             | 28 日         |
| (9) 肝機能異常                 | 28 日         |
| (10) 肘を超える局所の異常腫脹         | 7 日          |
| (11) じんましん                | 3 日          |
| (12) じんましん以外の全身の発疹        | 3 日          |
| (15) 血管迷走神経反射             | 30 分         |
| (16) その他の通常の接種では見られない異常反応 | *            |
| (17) 上記症状に伴う後遺症           | *            |

注 1 表に定めるもののほか、予防接種後の状況が次に該当すると判断されるものは報告すること。

- (1) 死亡したもの
- (2) 臨床症状の重篤なもの
- (3) 後遺症を残す可能性のあるもの

注 2 接種から症状の発生までの時間を特定しない項目 (\*) についての考え方

- (1) 後遺症は、急性期に呈した症状に係るものを意味しており、数ヶ月後から数年後に初めて症状が現れたものは含まれないこと。
- (2) その他通常の接種ではみられない異常反応は、予防接種と医学的に関連があるか、又は時間的に密接な関連があると判断されるものであること。

注 3 本基準は予防接種後に一定の症状が現れた者の報告基準であり、予防接種との因果関係や副作用等の被害救済と直接結びつくものではない。

福岡県内の保健福祉環境事務所一覧（Ｈ２１．１０．１現在）

| 地域                               | 電話番号         | 保健所名                               |
|----------------------------------|--------------|------------------------------------|
| 筑紫野市、春日市、<br>大野城市、太宰府市、筑紫郡       | 092-513-5584 | 筑紫保健福祉環境事務所<br>*FAX092-513-5598    |
| 古賀市、糟屋郡                          | 092-939-1529 | 粕屋保健福祉事務所<br>*FAX092-939-1186      |
| 前原市、糸島郡                          | 092-322-5579 | 糸島保健福祉事務所<br>*FAX092-322-9252      |
| 中間市、宗像市、福津市、遠賀郡                  | 0940-36-6098 | 宗像・遠賀保健福祉環境事務所<br>*FAX0940-47-0031 |
| 直方市、飯塚市、宮若市、嘉麻市、<br>嘉穂郡、鞍手郡      | 0948-21-4972 | 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所<br>*FAX0948-24-0186 |
| 田川市、田川郡                          | 0947-42-9379 | 田川保健福祉事務所<br>*FAX0947-44-6112      |
| 小郡市、うきは市、朝倉市、<br>朝倉郡、三井郡         | 0946-22-9886 | 北筑後保健福祉環境事務所<br>*FAX0946-24-9260   |
| 柳川市、八女市、筑後市、大川市、<br>みやま市、三潴郡、八女郡 | 0944-72-2812 | 南筑後保健福祉環境事務所<br>*FAX0944-72-3035   |
| 行橋市、豊前市、京都郡、築上郡                  | 0930-23-3935 | 京築保健福祉環境事務所<br>*FAX0930-23-4880    |

国への報告：厚生労働省（フリーダイヤル FAX 番号 0120-510-355）

## 福岡県内の保健所一覧

| 地域     | 電話番号         | 保健所名                                   |
|--------|--------------|----------------------------------------|
| 福岡市東区  | 092-651-3831 | 福岡市東区保健福祉センター<br>*FAX092 - 651 - 3844  |
| 福岡市博多区 | 092-441-0022 | 福岡市博多区保健福祉センター<br>*FAX092 - 441 - 0057 |
| 福岡市中央区 | 092-761-7361 | 福岡市中央区保健福祉センター<br>*FAX092 - 734 - 1690 |
| 福岡市南区  | 092-541-2231 | 福岡市南区保健福祉センター<br>*FAX092 - 541 - 9914  |
| 福岡市城南区 | 092-831-4261 | 福岡市城南区保健福祉センター<br>*FAX092 - 822 - 5844 |
| 福岡市早良区 | 092-851-6400 | 福岡市早良区保健福祉センター<br>*FAX092 - 822 - 5733 |
| 福岡市西区  | 092-895-7071 | 福岡市西区保健福祉センター<br>*FAX092 - 891 - 9894  |
| 北九州市   | 093-522-8726 | 北九州市保健所<br>*FAX093 - 522 - 8774        |
| 久留米市   | 0942-30-9724 | 久留米市保健所<br>*FAX0942 - 30 - 9833        |
| 大牟田市   | 0944-41-2669 | 大牟田市保健所<br>*FAX0944 - 41 - 2675        |

国への報告：厚生労働省（フリーダイヤル FAX 番号 0120-510-355）

平成 21 年 10 月 30 日

新型インフルエンザ対策推進本部事務局

(医薬食品局安全対策課)

課長 ; 森(内 2747)

安全使用推進室長 ; 佐藤(内 2755)

電 話 ; 03(5253)1111(内 2749)

夜間直通 ; 03(3595)2435

報道関係者 各位

## 新型インフルエンザワクチンの副反応報告について

平成21年10月23日(金)から29日(木)までに入手した新型インフルエンザワクチン接種後の副反応の報告状況を取りまとめましたので公表します。

### 【報告状況のポイント】

○初期 2 万例コホート調査における重篤な副反応報告(速報)は1例(報告全体17例)

医療機関からの副反応の自発報告では、重篤な副反応は11例(報告全体157例)

○副反応の内容は季節性と同様で、前週の報告と同じ傾向であり特段の変化はない。

### ○接種に当たっての留意点

- ① アレルギー・ぜんそくの既往のある方への接種については、適切な準備と対応をして接種に当たるよう注意をお願いいたします。
- ② アレルギー・ぜんそくの既往のある方への接種については、ワクチン接種後、少なくとも30分後までは、病院に待機させ、健康状態をご確認ください。

## 新型インフルエンザワクチンの副反応報告について

平成21年10月19日（月）より接種が開始された新型インフルエンザワクチンについて、10月23日～29日に報告された副反応報告に関する情報は以下のとおりです。

### 1. 副反応の報告状況

平成21年10月23日（金）から29日（木）までに入手した新型インフルエンザワクチン接種後の副反応については、以下の通りであった。

#### （1）初期2万例コホート調査（速報）

国立病院機構67病院の医療従事者を対象に、接種初期の重大な安全性の問題を捉える等のために、接種者全員から接種後の詳細な健康状況の報告を収集しているもの。  
(接種者数の総数 22,112例)

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| （重篤な副反応）副反応は因果関係の有無を問わず収集 | 1例  |
| 嘔吐（回復）                    | 1例  |
| （非重篤の副反応）                 | 16例 |
| 発熱（39℃以上）                 | 8例  |
| 全身倦怠感、咽頭痛、前胸部痛            | 1例  |
| 全身発疹                      | 1例  |
| じんましん                     | 4例  |
| 頭痛・食欲不振                   | 1例  |
| 頭痛・下痢・嘔吐                  | 1例  |

（合計17例）

※その他、接種4日後、歩行時に後方から追突された交通事故による死亡例が1例報告されているが、主治医は関連性なしとしている。

※ 報告の際の副反応の重篤度の基準：

治療のために入院又は入院期間の延長、障害、障害につながるおそれ、死亡、死亡につながるおそれ、これらに準じて重篤、後世代における先天性の疾病又は異常

※ 国立病院機構の報告については、現時点では治療を要する副反応のみの集計である（速報）。  
治療を要さず非重篤と判断された副反応については、調査研究報告に集計される予定（11月中旬）。

(2) 初期2万例コホート調査の累積症例数

|               | 非重篤 | 重篤 | 合計 |
|---------------|-----|----|----|
| 10月19日～10月22日 | 3   | 4  | 7  |
| 10月23日～10月29日 | 16  | 1  | 17 |
| 合計            | 19  | 5  | 24 |

(3) 「受託医療機関における新型インフルエンザ（A／H1N1）ワクチン接種実施要領」に基づき医療機関から報告されたもの（自発報告例）（29日夜報告分まで）

（重篤な副反応） 11例

アナフィラキシー（軽快又は回復） 3例

発熱（軽快又は回復） 2例

発熱、発疹、肝機能異常（調査中） 1例

動悸（回復） 1例

両上目瞼発赤腫脹、両下肢しびれ（回復） 1例

下痢、関節痛、倦怠感、頭痛（軽快） 1例

上腹部痛、下痢、倦怠感（軽快） 1例

しびれ（両手～両肘下）（回復） 1例

（非重篤の副反応）括弧内は件数※5件以上報告があったものについて記載 146例

じんましん(28)、吐気(12)、発熱(12)、39.0℃異常の発熱(11)、頭痛(11)、じんましん以外の全身の発疹(9)、アナフィラキシー(7)、倦怠感(5)、

合計157例

(4) 自発報告の累積症例数

|               | 非重篤 | 重篤 | 合計  |
|---------------|-----|----|-----|
| 10月19日～10月22日 | 23  | 2  | 25  |
| 10月23日～10月29日 | 146 | 11 | 157 |
| 合計            | 169 | 13 | 182 |

2. 留意事項

- ① アレルギー・ぜんそくの既往のある方への接種については、適切な準備と対応をして接種に当たるよう注意をお願いいたします。
- ② アレルギー・ぜんそくの既往のある方への接種については、ワクチン接種後、少なくとも30分後までは、病院に待機させ、健康状態をご確認ください。

**(参考1) 平成21年10月23日(金)から29日(木)に報告された重篤症例の経過**

**1. 初期2万例コホート調査における副反応症例(速報)**

**(症例1) 嘔吐(回復)**

20代 女性

既往歴: アレルギー性鼻炎、花粉症

経過: ワクチン接種4時間半後より吐気出現し、5時間後より嘔吐を認める

7時間後までに6回嘔吐を来したため、経過観察目的で入院

翌日退院

因果関係: 評価中

**2. 「受託医療機関における新型インフルエンザ(A/H1N1) ワクチン接種実施要領」に基づき医療機関から厚生労働省宛に報告された副反応症例**

**(症例1) アナフィラキシー(回復)**

40代 女性

既往歴: 蕁麻疹

経過: ワクチン接種後、全身の皮疹、呼吸苦出現、入院

ステロイド点滴、補液、抗アレルギー剤内服により症状軽減したため、翌日退院

因果関係: 評価中

**(症例2) アナフィラキシー(軽快)**

60代 女性

既往歴: ペンタゾシン、ブチルスコポラミン臭化物製剤で発疹、ショック症状。インドメタシンナトリウムで呼吸苦

経過: ワクチン接種1時間後より、全身性蕁麻疹出現(ショック症状はなし)。

翌日、立ちくらみ、食思不振を認め、入院。

翌々日、退院。

因果関係: 否定できない

**(症例3) 発熱(軽快)**

20代 女性

既往歴: サワシリン、コーヒー、チョコレートで蕁麻疹の既往あり

経過: ワクチン接種後、一過性に吐気が生じたが自然消滅

翌日、吐気、関節痛、37℃の発熱があり、アセトアミノフェン、メクロプラミドの内服薬処方

3日目13時悪寒、戦慄が生じ、40.2℃まで熱発。白血球 7100/ml(好中球 91%)、

CRP2.72mg/dl、尿潜血(2+)、蛋白(1+)、白血球(±)。補液とアセトアミノフェン内服のみで、4 日目に 37.8℃、5 日目に 36.2℃に解熱し、症状消失。なお、簡易検査でインフルエンザ A(-)、B(-)。

因果関係: 評価中

#### (症例 4) 発熱、発疹、肝機能異常 (調査中)

30代 女性

既往歴: 無

経過: 風邪が治まった所であったが、本人の希望により接種。

ワクチン接種約 2 時間後より、後頸部から頭にかけて痛みがあり、次第に悪化。

体温 38.2℃~39℃。

翌日、医療機関を受診し、克林ダマイシン点滴、クラリスロマイシン経口投与。解熱剤、鎮痙剤の処方を受ける。

その2日後、医療機関を受診し、検査にて GOT: 653、GPT: 291 にて入院。

因果関係: 情報不足

#### (症例5)アナフィラキシー(回復)

30代 女性

既往歴: 無

経過: ワクチン接種約 30 分後より、悪心、嘔吐、顔面紅潮、呼吸苦出現。

医療機関を受診し、SpO<sub>2</sub>: 93%であった。

因果関係: 否定できない

#### (症例 6) 動悸 (回復)

40代 女性

既往歴: 無

経過: 季節性インフルエンザワクチン同時接種。

ワクチン接種約 2 時間後より、動悸、頭痛、発熱 (最高 38.0℃)、咽頭痛、両季肋部を中心とした全身痛が出現し、徐々に悪化。動悸は推定脈拍 100~120/分程度。アセトアミノフェンを服用したが、動悸は継続。安定剤を内服して入眠。翌朝には動悸回復。その他の症状は徐々に改善。ワクチン接種より 6 日目には完全に回復。

因果関係: 否定できない。

#### (症例7)両上眼発赤腫脹、両下肢しびれ(回復)

20代 男性

既往歴: 無

経過: ワクチン接種 5 分後より、両上眼瞼発赤腫脹が出現。両下肢しびれ感も発現、脱力様症状

で体位保持困難となり、臥床。両頬部まで発赤、腫脹感波及あり。

ワクチン接種 1 時間後に、サクシゾン投与するも症状変わらず入院。

因果関係：否定できない

#### (症例8)下痢、関節痛、倦怠感、頭痛(軽快)

30代 女性

既往歴： 無

経過： 本ワクチン接種より 9 日前に季節性インフルエンザワクチン接種。

ワクチン接種 5 時間後より、腹痛、下痢。

ワクチン接種 8 時間後には関節痛と倦怠感出現。

翌日、下痢回復、頭痛出現。

翌々日、関節痛と倦怠感は消失するも頭痛は継続。

その翌日、頭痛は軽くなったが、まだ継続。

因果関係：因果関係不明

#### (症例9)上腹部痛、下痢、倦怠感(軽快)

20代 女性

既往歴： 無

経過： 本ワクチン接種より 1 週間前に季節性インフルエンザワクチン接種。

ワクチン接種 1.5 時間後より、上腹部痛と倦怠感出現。

ワクチン接種 2.5 時間後には下痢。この後、上腹部痛は軽減傾向にあるも、倦怠感とともに投与 3 日後まで継続。倦怠感は 4 日後も継続。

因果関係：因果関係不明

#### (症例10)しびれ(両手～両肘下)(回復)

40代 女性

既往歴： 高血圧、高コレステロール血症

経過： ワクチン接種約 10 分後、両手のしびれ(両手から両肘下まで拡大)、動悸あり。

翌朝には症状消失。

因果関係：否定できない

#### (症例 1 1) 39℃以上の高熱(回復)

10代 女性

既往歴： 無

経過： ワクチン接種 5 時間後、発熱、咽頭痛、上肢と下肢のしびれ出現。頭痛、めまい、呼吸苦あり。

因果関係：否定できない

## (参考2) 平成21年10月19日(月)から22日(木)に報告された重篤症例の経過

### 1. 初期2万例コホート調査における副反応症例(速報)

#### (症例1) 両下肢筋肉痛(軽快)

20代 女性

既往歴: 薬剤(不明)による蕁麻疹

経過: 午後2時頃ワクチン接種

当日夕方より下肢の倦怠感出現

午後8時より下肢痛出現

翌日下肢痛持続

夕刻より下肢痛増強し歩行困難あり、精査と経過観察のため入院

ソセゴン筋注後疼痛改善するが、翌日朝より再度増強

内服薬にて様子を見ているが、軽快。

因果関係: 情報不足

#### (症例2) 嘔吐(回復)

20代 女性

既往歴: 無

経過: 午後2時半ワクチン接種

午後5時頃より吐気

午後6時から9時嘔吐数回

午後9時頃外来受診し、ソリタT3、プリンペラン1A点滴

翌日午前11時 朝食摂取後、吐気軽快しているが継続

因果関係: 因果関係不明

#### (症例3) 動悸(洞性頻脈)(回復)

20代 女性

既往歴: 無

経過: 午後4時頃ワクチン接種

接種2時間後動悸があり、経過観察(脈拍126)

本人の不安が強くなり、経過観察のため入院(入院時バイタル: 血圧117~63、脈拍109、体温37.2℃)

同日9時時点では動悸の訴えは消失(覚醒中脈拍90~100、睡眠時60~70、体温37.2℃)

翌日心電図検査にて、循環器科医師より「洞性頻脈」との診断

その後症状が軽快し、退院

因果関係: 因果関係不明

(症例4) 嘔吐・発熱・意識低下(回復)

20代 女性

既往歴 無

経過: 接種日夜より発熱・吐気・水溶性嘔吐・頭痛出現

翌日受診するものインフルエンザA B (一)

翌日昼頃 39℃発熱・嘔吐・呼びかけに反応低下、救急搬送

入院時 37.6℃、B P 102/50 質問に応答有、頭部C T異常なし

症状は解熱とともに改善

因果関係: 因果関係不明

2. 「受託医療機関における新型インフルエンザ(A/H1N1) ワクチン接種実施要領」に基づき医療機関から厚生労働省宛に報告された副反応症例

(症例1) アナフィラキシー(軽快)

30代 女性

既往歴: さばアレルギー

経過: 接種10~15分後、全身痒み、咳

30分後 呼吸困難、血圧低下、悪寒あり

エピネフリン、ステロイド、ネオフィリン、酸素投与

当日中に軽快

因果関係: 否定できない

(症例2) 吐気(軽快)

20代 女性

既往歴: 薬剤アレルギー

経過: 接種直後より吐気出現

歩行困難となり安静にて加療

24時間後、軽快

因果関係: 評価中