

点鼻（弱毒生ワクチン）について

電話予約受付中

2024 年秋よりインフルエンザワクチンに新しいタイプのワクチンが承認されました。点鼻液のため、注射による苦痛は軽減されます。2 歳～12 歳の方は 1 回で終了するため、受診負担が軽減されます。

【接種の対象】 2 歳以上、19 歳未満の方

電話予約、先着順

接種不適当者、接種要注意者の項を熟読して判断してください。

喘息などで通院されている場合は、かかりつけ医に接種可能か確認ください。

6 カ月以内に喘息発作を発症された方は接種致しません。

【用法と用量】 0.2mL を 1 回（各鼻腔内に 0.1mL を 1 噴霧）、鼻腔内に噴霧します 1 回（1 シーズン）

【費用】 1 回 7,700 円（税込）

【清瀬市助成対象者】 6,000 円（税込）

接種日の変更は可能ですが、キャンセルはしないでください。

キャンセルされた場合、来年以降のフルミスト点鼻液の予約は受け付けません。

令和 6 年 10 月 15 日～令和 7 年 1 月 31 日、清瀬市に住民登録があり、生後 6 カ月以上、高校生相当以下の対象者は 1,700 円の助成が受けられるため、接種料金は 6,000 円となります。

【効果持続期間】 半年～1 年（不活化ワクチンより持続します）

【接種不適当者】 （接種を受けることが出来ない方）

- ・ 接種の対象となる年齢以外の方
- ・ 明らかな発熱（37.5℃以上）を呈している方
- ・ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・ ワクチンの成分（鶏卵、ゼラチン、ゲンタマイシン、アルギニン）によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな方
- ・ 明かに免疫機能に異常のある疾患を有する方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方
- ・ 妊娠していることが明らかな方
- ・ ギランバレー症候群の罹患歴のある方

【接種要注意者】 （接種の判断を行うに際し、注意を要する方）

- ・ ゼラチン含有製剤又はゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難、血管 性浮腫等）等の過敏症の既往のある方
- ・ アスピリンを服用している方
- ・ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方
- ・ 予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
- ・ 過去にけいれんの既往のある方
- ・ 過去に免疫不全の診断がなされている方、及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- ・ 重度の喘息を有する方、または喘鳴の症状を呈する方
- ・ 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おそれのある方
- ・ 生殖能を有する方：妊娠可能な女性においては、あらかじめ約 1 か月間避妊した後接種すること、及びワクチン接種後約 2 か月間は妊娠しないようにする必要があります
- ・ 水平伝播の可能性があるため、同居人に 2 歳未満の子供または免疫機能低下、免疫抑制をきたす治療を受けている方がいる場合、1～2 週間接触を可能な限り控えることができない方

【注意点】

- ・ 経鼻ワクチンですので、接種日に鼻閉や鼻汁がありますと効果が低下します。
- ・ 接種の際に号泣するお子さんも効果が低下します。
- ・ 接種当日、問診診察の結果から、フルミストが接種できないと判断される場合には、通常のインフルエン

ザワクチン(注射のタイプ)を検討していただくことがあります。

- ・本ワクチン接種前後 4 週間は、他の生ワクチン接種(MR ワクチン、水痘ワクチン、おたふくかぜワクチン)はお控えください。
- ・接種当日の運動はお控えください。
- ・ワクチン接種後数日間はインフルエンザ様症状が出ます。検査するとインフルエンザ陽性になりますので接種後はインフルエンザの検査を 1~2 週間しないでください。抗インフルエンザウイルス薬を使用するとワクチンの効能が減少します。

| | 弱毒生ワクチン | 不活化ワクチン |
|----------|-------------|----------------------------|
| 対象年齢 | 2 歳~18 歳 | 6 か月以上 |
| 投与方法 | 点鼻（鼻腔内噴霧） | 皮下注射 |
| 回数 | 1 回 | ※ 13 歳未満：2 回 13 歳以上：1 回 |
| 費用（税込） | 1 回 7,700 円 | 1 回 3,600 円 |
| 清瀬市助成対象者 | 1 回 6,000 円 | 1 回 1,900 円 |

【併用注意薬】

| | |
|---------------------|-------------|
| 副腎皮質ステロイド剤＜注射剤・経口剤＞ | インフルエンザ様症状 |
| プレドニゾロン＜注射剤・経口剤＞ | インフルエンザ様症状 |
| 免疫抑制剤＜経口剤・注射剤＞ | インフルエンザ様症状 |
| シクロスポリン＜経口剤・注射剤＞ | インフルエンザ様症状 |
| タクロリムス＜経口剤・注射剤＞ | インフルエンザ様症状 |
| アザチオプリン＜経口剤・注射剤＞ | インフルエンザ様症状 |
| 抗インフルエンザウイルス剤 | 本剤の効果が得られない |
| オセルタミビルリン酸塩 | 本剤の効果が得られない |
| ザナミビル水和物 | 本剤の効果が得られない |
| ラニナミビルオクタン酸エステル水和物 | 本剤の効果が得られない |
| サリチル酸製剤 | ライ症候群 |
| アスピリン | ライ症候群 |
| サリチル酸ナトリウム | ライ症候群 |
| ジクロフェナク | ライ症候群 |
| メフェナム酸 | ライ症候群 |

【副反応】

本ワクチンは生ワクチンですので、接種数日後に風邪症状やのどの痛み、頭痛発熱が出現することがあります。弱毒化したインフルエンザウイルスに軽く感染した状態になります。

- ・鼻汁、鼻閉：約 6 割発症
- ・咽頭痛：約 1 割発症
- ・頭痛：約 1 割発症
- ・発熱：5%前後発症
- ・アナフィラキシー、ギランバレー症候群など稀に発症

厚生労働省、第一三共の HP で詳細はご確認ください。

【接種時間】 午前 11 時 30 分までに来院ください。午後は 17 時までに来院ください。
来院時間が過ぎた場合、接種を後日にすることがあります。
接種後は 30 分間様子観察が必要となります。

【お支払】 クレジット決済（ホームページより、あらかじめ登録して来院ください）
現金（お釣りが出ないようご協力お願いします）。

【問診票】 フルミスト点鼻液の予診票は接種前日までに来院して入手してください。
皮下注射は当日でも構いません。

※当院は免税事業者になります。適格請求書発行事業者登録番号はございません。昨年の資料を元に作成しておりますが、適宜訂正など行います。受付開始日や助成金など訂正することがありますので、何卒ご了承のほどお願い申し上げます。

世界 30 カ国以上の国でフルミスト点鼻液がインフルエンザ予防接種ワクチンとして採用されています。

23 区内の一部の自治体では希望者が多く、供給不足が発生しております。

ワクチン接種に際し、必ずかかりつけ医に接種の件を相談ください。
昨年は、都立小児医療センターへ入院を予定されていた患儿が、フルミスト点鼻を行わないように指示された事例があります。

昨年の経験から、接種後 10 日以内に運動会や音楽会、試験や大切な面接を控えている場合はフルミスト点鼻液接種を推奨しません。

接種後の鼻閉、鼻漏、発熱などの感冒様症状は当院では約 6 割発症しており、添付文書と同率でした。

はたの耳鼻咽喉科 2025.12.6