

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度 分	
住 所			TEL ( )		—
(フリガナ) 受ける人の氏名	男	生年	昭和	年 月 日生	
(保護者の氏名)	女	月日	平成 令和	( 歳 ヵ月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	
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 ( 回目) (前回の接種は 年 月 日)	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に )	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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 はい・いいえ	いいえ	
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	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい (病名 )	いいえ	
これまで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。	はい ( 年 月頃) (現在治療中・治療していない)	いいえ	
これまでにひきつけ(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 月頃)	いいえ	
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい (薬、食品名 )	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
1ヵ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。	はい (病名 )	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名 )	いいえ	
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。	はい (予防接種名 ) (症状 )	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
(接種を受けられる方がお子さまの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に )	いいえ	
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、具体的に書いて下さい。			

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。

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。  
(接種を希望します・接種を希望しません) 本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザ HA ワクチン Lot. No. :	皮下接種 左・右 ( ) □ 0.5mL(3歳以上) □ 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所 : 太陽クリニック 医師名 : 舘岡昇 接種年月日 : 令和 年 月 日

お受けになる前に、必ずお読みください。

## 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ください。  
お子さまの場合には、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、インフルエンザの感染予防や症状を軽くし、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。ワクチン接種に伴う副反応として、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。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、筋力低下なども起こることがあります。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、ぶどう膜炎、振戦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、白血球破碎性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群、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ください。

なお、副反応による健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合の救済については、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になります。

\*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 ☎0120-149-931(フリーダイヤル)

### 予防接種を受けることが出来ない方

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃以上の方)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 過去にインフルエンザワクチンの接種により、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や全身性のひどい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方。なお、他の原因でアナフィラキシーを起こしたことがある方は、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適当と判断した方

### 予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)
3. かぜなどの症状が出はじめたと思われる方
4. 過去に予防接種を受けたときに、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方
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方
6. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがある方
7. 過去に本人や近親者で免疫状態の異常を指摘されたことのある方
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方
9. 妊婦または妊娠している可能性のある方

### ワクチン接種後の注意

1. インフルエンザ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。院内または近辺にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに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、注射した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、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ください。