

3～64歳

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい

※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。

住 所		TEL () -	
7/14ナ	男	生年	大正・昭和・平成・令和・西暦
受ける人の氏名	・	月 日	年 月 日生
(保護者の氏名)	女	月 日	(歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入
1. 本日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解をしましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
2. 本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"/> いいえ () 回目 前回の接種は () 月 () 日	<input type="checkbox"/> はい
3. 本日、体に具合の悪いところがありますか。	<input type="checkbox"/> はい 具体的に ()	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・はいの方→治療（投薬など）を受けていますか。 ・主治医に予防接種を受けてもよいと言われましたか。 (当院におかかりの場合は問診の際にご確認ください)	<input type="checkbox"/> はい 病名 () <input type="checkbox"/> はい・いいえ <input type="checkbox"/> はい・いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	<input type="checkbox"/> はい 病名 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 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。	<input type="checkbox"/> はい 病名 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
7. 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。	<input type="checkbox"/> はい () 年 () 月頃	<input type="checkbox"/> いいえ
8. 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。	<input type="checkbox"/> ある () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	<input type="checkbox"/> ない
9. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しん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。	<input type="checkbox"/> ある 薬・食品 ()	<input type="checkbox"/> ない
10. 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"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、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"/> いる 病名 ()	<input type="checkbox"/> いない
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい 予防接種の種類 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
13. 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"/> はい 予防接種名・症状 ()	<input type="checkbox"/> いいえ
14. (女性の方のみ) 現在妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	<input type="checkbox"/> ある 具体的に ()	<input type="checkbox"/> ない
16. 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、具体的に書いてください、	<input type="checkbox"/> ある 具体的に ()	<input type="checkbox"/> ない

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署名し、被接種者との続柄を記載して下さい。

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

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・接種年月日
インフルエンザHAワクチン	皮下接種 0.5mL (3歳以上)	実施場所：大野クリニック 接種年月日： 年 月 日
Lot. No.		

インフルエンザワクチンについて

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予防したり、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のある人
- 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指摘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、接種部位をこすることはやめましょう。
- 3 接種当日はいつも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。