

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、太枠内にご記入下さい。

* 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下さい。

診察前体温： 度

住所		TEL()	—
フリガナ		生年月日	
受ける人の氏名		男・女	大正・昭和・平成
保護者の氏名			年 月 日生 (歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について、裏面の説明文を読んで理解して頂けましたか？	いいえ	はい	
2. 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)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか？	ある(具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	はい(病名) 薬を飲んでいますか？ (いる ・ いない)	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？	はい(病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか？	はい(病名)	いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された人はいますか？	はい	いいえ	
8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	ある: 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんま疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか？	ある(薬又は食品の名前)	ない	
10. 今までに気管支喘息と診断され、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	
11. 今までに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことはありますか？	ある (予防接種名・症状)	ない	
12. 1ヶ月以内に家族内や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいますか？	いる(病名)	いない	
13. 1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか？	はい (予防接種名:)	いいえ	
14. (女性)現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
15. (接種を受ける人が子供の場合)分娩・出生時・乳幼児健診などで異常はありましたか？	ある(具体的に)	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があれば、具体的に記入してください。			

医師記入欄: 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

本人に対して、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。

医師署名

只左 直也

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等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(または保護者の署名)

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	Lot. No.	皮下接種	実施場所: 湘南茅ヶ崎クリニック 医師名: 只左 直也 接種日時:
<input type="checkbox"/> KMバイオロジクス <input type="checkbox"/> 北里第一三共			
カルテNo.		ml	時 分

* 記載頂きました個人情報、ワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、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。

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、リンパ節腫脹、嘔気・嘔吐、下痢、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、発疹、じんま疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。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ください**。非常に稀ですが、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(じんま疹、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

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、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人また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手続きを行うことになります。

【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℃を超える人)
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相当と判断した人

【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、医師や保健師の指導を受けている人
3. 風邪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、発疹、じんま疹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)で皮膚に発疹が起きたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起したことがある人
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がある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

【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ることはやめましょう。
3. 接種当日は、接種部位の清潔を保ち、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、高熱やけいれん等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。

あなたの接種予定日は	医療機関名
月 日()です。 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	湘南茅ヶ崎クリニック