

インフルエンザ予防接種 予診票 一般(中学生以上)

インフルエンザワクチン接種についておたずねします

過去に **有** (去年・ 年前)(当院・ 当院以外) / **初**

※接種希望の方は太ワク内をボールペンでご記入ください

診察前の体温(クリニックで検温)

度 分

住 所				TEL			
フリガナ		男	生年	大・昭・平	年	月	日
接種者氏名		女	月日	(歳) ※接種日現在			
保護者氏名	保護者携帯番号			-	-		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(症状:)	はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
1カ月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。(病名:)	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名:)	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
主治医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・免疫不全・脳神経・血液疾患などの慢性疾患にかかった事がありますか。(病名:)	はい	いいえ	
主治医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
今までに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。現在、治療中ですか。(治療中・治療していない)	はい	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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品(ニワトリの肉や卵など)でアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザや他の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。(予防接種名: / 症状:)	はい	いいえ	
* 1カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名・日付()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
現在、妊娠している、または可能性はありますか。(女性のみ)	はい	いいえ	

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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印 桂 敦史</p>
--------	---

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今日の予防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)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

本人または保護者の署名

* 自署できない方は、代筆者が接種者氏名を代筆し、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載。**中高生は保護者の署名をお願いします。**

使用ワクチン名	接種量	JA北海道厚生連 ゆうゆう厚生クリニック	
Lot No. インフルkmb539A	(皮下接種) 0.5 ml	医師名	桂 敦史
		接種年月日	令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

<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、熱を持つ痛くなることがあります。通常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・嘔吐・下痢などもまれに起こります。卵アレルギーの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。

また、非常にまれですが以下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）
 - ⑤けいれん（熱性けいれんを含む）
 - ⑥肝機能障害・黄疸
 - ⑦ぜんそく発作
 - 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、白血球破砕性血管炎等）
 - ⑩間質性肺炎
 - ⑪皮膚粘膜眼症（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症
 - ⑫ネフローゼ症候群
- このような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手続きを行うことになります。

<予防接種を受けることが出来ない人>

- ①37.5℃を超える発熱のある人
- 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、予防接種を受けることが不相当と医師が判断した人。

<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、医師又は保健師の指導を受けている人
- ③カゼなどのひきはじめと思われ人
- ④予防接種を受けた時に、2日以内に発熱・発しん・蕁麻疹などの異常がみられた人
- ⑤今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥薬の投与または食事（鶏卵・鶏肉）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 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妊娠の可能性のある人
- ⑨間質性肺炎、気管支ぜんそく等の呼吸器系疾患ある人

<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りはやめましょう。
- 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。