

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、太ワクのみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
※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がご記入ください。

		健診前の体温		度分		
住所	〒	TEL ()				
フリガナ		男・女	生年月日	年	月	
受ける人の氏名						日生
(保護者の氏名)						

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	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) 前回の予防接種は	年 月 日	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カ月以内に熱が出たり、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(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	いる(病名)	いない	
(“いる”の場合) その主治医に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。			
7. これまで間質性肺炎、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 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 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	
9. 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 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵等)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
11. 近親者の中に、これまで予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
12. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹(はしか)、風疹、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ等にかかった方がいますか。	はい(病名)	いいえ	
13. 最近1カ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	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	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、乳幼児健診等で異常がありましたか。 出生体重()g	はい(具体的に)	いいえ	
16. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい(具体的に)	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方が良い)と判断します。 本人または保護者に対して、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ました。 医師署名又は記名押印 曾山信彦

本人(保護者)記入欄
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、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください]

使用ワクチン	用途・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. カルテNo.	皮下接種 ☐ 0.5ml (3歳以上) ☐ 0.25ml (6ヵ月以上3歳未満)	実施場所: 〒656-2131兵庫県淡路市志筑1391-9 曾山医院 院長 曾山信彦 TEL:0799-62-5566 FAX:0799-62-5577 接種日時: 年 月 日 時 分

※記入頂きました個人情報は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HAワクチンの予防接種をご希望の方へ

インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を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の上、医師の診察をお受けください。
なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

■ ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、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、痛くなることがあります。また、発熱、頭痛、からだがだるくなることがあります。非常にまれですが、次のような副反応がみられることがあります。

(1)ショック、アナフィラキシー（じんましん、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、白血球破砕性血管炎など）、(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）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群

なお、副反応による健康障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出来ない方

- 1) 明らかに発熱している方（通常は37.5℃を超える場合）
- 2) 重い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じんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある方
- 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) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 3) 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- 4) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- 5) 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
- 6) 薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
- 7) 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）
- 8) かぜなどのひきはじめと思われる方
- 9) 妊婦または妊娠している可能性のある方

■ 予防接種を受けた後は以下の点に注してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応（息苦しさ、じんましん、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応（接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど）の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種当日の入浴は差支えありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
- 4) 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。