

# 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：太枠内をご記入ください。

(ふりがな) 受ける人の氏名	性別 男・女	生年月日	S・H・R 年 月 日 (満 才 ヶ月)
保護者の氏名	ご住所	電話	- -

## 診察前体温 度 分

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何回目ですか。	1回目	2回目	
【予防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を指摘されたことがありますか。	ある	ない	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に何かの病気にかかりましたか。 病名( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、近親者や周囲に、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいましたか。病名( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①前回受けたのは( 年 月ごろ)			
②その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	ある	ない	
(“ある”の場合)その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてもよいといわれていますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃	ある	ない	
その時、熱が出ましたか。	はい	いいえ	
今までに気管支喘息や間質性肺炎などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。	はい	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。薬・食品名( )	はい	いいえ	
近親者の中に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	
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか。( )週	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	

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(可能・見合わせる) 医師の署名または記名押印  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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・目的・重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、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 )	署名(本人もしくは保護者)  *自署できない者は代筆者が署名し、 代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。 続柄
---	--

ワクチンメーカー名・ロット番号 インフルエンザHAワクチン Lot:	接種量 皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25mL (6カ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日
--	---	--

# 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、予診票にでき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がご記入ください。

## 【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阻止したり、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、小水疱などが見られることがあります。通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告があります。発熱、頭痛、悪寒、倦怠感、一過性の意識消失、リンパ節腫脹、めまい、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、関節痛、食欲減退、咳嗽、筋肉痛、動悸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、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみ、多型紅斑なども起こることがあります。その他に、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、しびれ感、ぶどう膜炎が現われることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤は副反応を生じる場合がありますので必ず医師に申し出てください。

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、喘鳴、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、血小板減少症、(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、白血球破砕性血管炎等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群など。このような症状が見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(入院が必要な程度の疾患や傷害など)が生じた場合については、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℃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、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る人
4. 予防接種を受けた際、2日以内に発熱の診られた人及び発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常が見られた人
5. 薬の投与または食事(鶏卵や鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん(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. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支ぜんそく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後30分間は、急な副反応が起こることがあります。
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、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。

## 体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記載して来院して下さい。