

インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所			電話 ()	—
フリガナ				
受ける方の氏名	生 年 月 日	大正	昭和	年 月 日
未成年者の場合 保護者氏名		平成	令和	年 月 日
		満	歳	か月

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について裏面の説明を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種は今年度1回目ですか。(13歳未満は2回接種を推奨)	1回目	2回目	
今日、身体の具合に悪いところがありますか。 または 最近1か月以内に、病気にかかったり熱が出たりしましたか。	いいえ	はい	
最近1か月以内に、家族や周囲で、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった人がいますか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。(心臓病や腎臓病等の慢性疾患も含まれます。)	いいえ	はい	
その病気に関して治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医から予防接種を控えるように指導されたことはありますか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
最近3か月以内に痙攣を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
これまでに予防接種、薬剤、食品で身体の具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
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	
その際に身体の具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() 接種日(月 日)	いいえ	はい	

以下は、中学生以下の方のみご回答ください

出生時・出生後・乳幼児健診で異常があり、予防接種を控えるように指導されましたか。	いいえ	はい	
--	-----	----	--

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、下記のワクチンの接種を

(希望します ・ 希望しません)

※括弧内のいずれかを○で囲んでください。

本人自署

令和 年 月 日

中学生以下の場合

保護者の記入欄

上記の質問事項への回答をもとに、医師が問診や診察を行ない、予防接種が可能であると判断した場合、以下のワクチンを接種することに

(同意します ・ 同意しません)

※括弧内のいずれかを○で囲んでください。

保護者自署

令和 年 月 日

以下記入不要です

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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明した。

医師の署名
又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量・接種方法	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	0.25 mL (3歳未満)	実施場所 静岡県菊川市赤土1055-1 菊川市家庭医療センター
Lot No.	0.5 mL 皮下接種	医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種について(裏面)

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、嘔吐・嘔気、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、発しん、蕁麻疹、湿疹、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(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)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)、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(入院が必要な程度の疾患や障害など)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下さい。

- 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 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、発しん、蕁麻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)で皮膚に発しんが出たり、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ことはやめましょう。
- 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下さい。

自宅を出る前に体温測定をお願いします。