

# 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、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温

度 分

住 所	TEL ( ) -		
フリガナ	男	生年	月 日
予防接種を受ける人の氏名	・ 女	年 月	日生
(保護者の氏名)		( 歳 )	( ケ月 )

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説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ(回目) 前回の接種は(月 日)	はい
【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 3. 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない
5. 現在、何かの病気で医師にかかりていますか	はい(病名)	いいえ
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ
7. 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すか	いる(病名)	いない
8. 最近1ヶ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
9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	ある(症状: )	ない
10. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなつたことがありますか	ある(予防接種名: (症状: ))	ない
11. 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(具体的に)	ない
(“ある”的場合)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良いといわれましたか	はい	いいえ
12. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある (ごろ 回くらい) 最後は 年 月ごろ	ない
(“ある”的場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい( °C)	いいえ
13. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある( 年 月ごろ) 現在治療中・治療していない	ない
14. 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、体の具合が悪くなつたことがありますか	ある(薬、食品名)	ない
15. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなつた方はいますか	いる(予防接種名)	いない
16. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない
17. 【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ
18. その他、健康状態のことでおきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)		

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )

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。

医師の署名又は記名押印

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(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン □「ビケンHA」 □フルーピックHAシリソジ Lot No.	(皮下接種)  □ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)  □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所  医師名  接種日時 年 月 日 時 分
一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売: 田辺三菱製薬株式会社)		

# 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

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽減されることがあります。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳などがあります。全身症状として、歎息、動悸、筋力低下など、また局所症状として、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。非常にまれですが、次のようなことがあります。(1)呼吸困難、血管浮腫など)、(2)急性皮膚炎(接種後数日から2週間以内の発熱、発疹、じんましん、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)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、白血球破碎性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群、(12)ネフローゼ症候群。なお、副反応による健康被害が生じた場合は、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なうことになります。

## 予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
- 重篤な急性疾患にかかっていること(が明るかな人)
- 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人は、(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、お医者さんへ仰いでください)
- その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

## 予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人

- 発育が遅く、お医者さんや保健師さんとの指導を継続して受けている人
- 力ぜなどのひきはじめと思われる人
- 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- 前回の予防接種を受けたときに、2日前以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーをもたらした人
- 今までにけいれんを起こしたことがある人
- 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がある人
- 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- 薬の投与または食事(鶏卵、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のある人
- 妊娠の可能性のある人

## 予防接種を受けたあとの注意

- 接種後30分間は病院にいるなどして様子を觀察し、アレルギー反応などがあれば医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- 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。
- 接種当日は接種部位を清潔に保つとともに通りの生活をしましょう。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けください。

あなたの接種予定期	医療機関名
月 日( )です 当時は受付に 時 分頃 ください	