

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:太ワク内にご記入ください

* 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をご記入ください

	診察前の体温		度	分
住 所	電 話	()	-	
(フリガナ) 受ける人の氏名	男	生年月日	年	月 日生
保護者の氏名	女		(満 歳	ヶ月)

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(裏面)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) 前回の接種は(月 日)	はい	
3. 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	
4. 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	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい(病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
7. 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、 その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	はい(病名)	いいえ	
8. これまで間質性肺炎や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	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月ごろ	いいえ	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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	
12. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、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	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状)	ない	
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、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある(具体的に)	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に 書いて下さい。			

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)

本人もしくは保護者に対して、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 医師署名
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、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)

*自署できないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び非接種者との続柄を記入 続柄

使用ワクチン名	接種量	実施場所	実施場所・医師名
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)		伊勢崎市馬見塚町1162-1 TEL 0270(31)2262 医療法人あおきクリニック 青木 道子
<input type="checkbox"/> 北里・ビケン・化血研	<input type="checkbox"/> 0.25ml	医師名 接種年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> フルービック	<input type="checkbox"/> 0.5ml		
Lot No			

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あたって、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をご記入ください。

【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ています。

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、腹痛、下痢、食欲減退、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、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多型紅斑、かゆみなども起こります。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、ぶどう膜炎があらわれることがあります。

強い卵アレルギーがある方は重篤な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。

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)、(12)ネフローゼ症候群、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の明らかな人
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、ほか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
5. 一週間以内に発熱があった人

【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. 発達が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどの引きはじめと思われる人
4. 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱の見られた人及び発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 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がある人
6. 今までにけいれん(ひきつか)を起こしたことがある
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方
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息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ことはやめましょう
3. 接種当日はいつも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、高熱やけいれんなど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、予診票に記入してください