

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種

※ 太枠内にご記入ください

		診察前の体温		度 分	
住 所	〒	TEL. ()		-	
フリガナ		男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳 か月)
受ける人の氏名					
(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書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)	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 ・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言われましたか	はい 病名 () はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名 ()	いいえ	
6. 過去に特別な病気 (先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他) にかかったことがありますか	はい 病名 ()	いない	
7. 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 () 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 過去にひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	ある () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	ない	
9. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発しん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	ある 薬または食品の名前 ()	ない	
10. 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	はい	いいえ	
11. 1ヵ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 ()	ない	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種の種類 ()	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 ()	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や今日の予防接種について質問があれば具体的に書いて下さい			

医師の記入欄	医師の署名又は記名押印
<p>以上の問診お呼び診察の結果、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づく救済について、説明した。</p>	

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？	保護者の署名 (もしくは本人の署名) (続柄)
(接種を希望します・接種を希望しません)	_____

使用ワクチン: インフルエンザHAワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種日時
<input type="checkbox"/> 「ビケンHA」 <input type="checkbox"/> 「生研」 <input type="checkbox"/> 「化血研」	<input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.25ml	医療機関名: かんど こどものアレルギークリニック 医 師 名: 漢人 直之 接種年月日: 令和 年 月 日
Lot No.		

接種時の注意事項

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの感染予防や症状を軽くし、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。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、しびれる、小水疱などがみられることがあります。また発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下なども起こることがあります。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫なども起こることがあります。その他に蜂巣炎、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、ぶどう膜炎、振戦があらわれることがあります。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、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（Stevens-Johnson 症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、(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。

【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らかな人
- ✓ 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（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必ず医師へその旨を伝えてください）
- ✓ その他、医師が予防接種を受けることを不適当と判断した人

【予防接種を受ける際に医師とよく相談しなくてはならない人】

- ✓ 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ✓ 風邪のひきはじめと思われる人
- ✓ 家族、遊び仲間、クラスメートの間に麻疹（はしか）、風疹、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行している時で、まだその病気にかかったことがない人
- ✓ 心臓病、すい臓病、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時に、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギー症状がみられた人
- ✓ 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ひる人
- ✓ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患のある人
- ✓ 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がある人
- ✓ 妊娠の可能性のある人

【予防接種を受けた後の注意】

- ✓ 接種後 30 分程度は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師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ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、激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、すみやかに医師の診察を受けてください