

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、太字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	年 月 日生
予防接種を受ける人の氏名	女	月 日	(歳 ヶ月)
(保 護 者 の 氏 名)			

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何回目ですか	1 回目	2 回目	
3. 【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っていますか	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、風しん、水痘、おたふくかぜ 7. 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 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか 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が ありますか	ある (症状:) ある (予防接種名:) (症状:)	ない ない	
10. 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" 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 を受けて良いといわれましたか	ある (具体的に) はい	ない いいえ	
11. 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" の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか	ある (ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ) はい (°C)	ない いいえ	
12. 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	
13. 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	ある (薬、食品名)	ない	
14. 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	いる (予防接種名)	いない	
15. 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	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 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」 □フルービックHA シリンジ 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	〒120-0026 東京都足立区千住旭町39-11 TEL 03-3870-2022 野原耳鼻咽喉科医院 医師 野 原 修
一般財団法人 阪大微生物病研究会		医師名	
		接種日時	年 月 日 時 分

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、裏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、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、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、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、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(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等)、(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。(1)から(12)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、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は近親者が、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お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適当と判断した人

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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 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。
4. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、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。
5. 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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	野原耳鼻咽喉科医院