

インフルエンザ予防接種 予診票

体温	℃
----	---

住所						
氏名	男	生年	明治 大正	年	月	日
	女	月日	昭和 平成			(歳)

質問事項	回答欄	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか。病名 () 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良いと言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いて下さい。 ()	はい	いいえ
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () その病気の主治医には、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい はい	いいえ いいえ
最近1カ月以内に、熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	はい	いいえ
最近1カ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ・麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名 ()	はい	いいえ
最近1カ月以内に、予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ
新型又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に、具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ いいえ
これまでに、インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ
薬や食品で発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 () 歳頃	はい はい	いいえ いいえ
近親者に、予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ

<p>被接種者の記入欄</p> <p>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、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません) 。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 本人自署</p>
--

<p>医師の記入欄</p> <p>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) 。</p> <p>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をした。</p> <p style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印</p>

ワクチンメーカー・ロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
	ml	実施場所 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

[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の予防をしたり、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防ぐ効果が期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微ですが、注射部位が赤く腫れたり、硬くなったり、痛くなったりすることがあります。発熱・悪寒・頭痛・倦怠感・一過性の意識消失・めまい・リンパ節腫大・下痢・嘔吐などもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は、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下さい。

非常にまれですが、以下のような重篤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（じんましん・呼吸困難・意識消失など）、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肝機能障害、黄疸、⑤喘息発作、⑥皮膚粘膜眼症候群、など。このような症状が認められたり、疑われた場合は、直ちに医療機関を受診して下さい。なお、健康被害が生じた場合については、健康被害を受けた人又は家族の方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方>

1. 明らかに発熱のある方（37.5℃以上）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
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方
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方

<予防接種を受ける際、医師と相談していただく方>

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
2. 過去に、予防接種で接種後2日以内に発熱・発しんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
3. 過去に、本人や近親者で免疫異常を指摘されたことがある方
4. 内服薬や食事（鶏卵、鶏肉など）で発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある方
5. 過去に、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
6. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方
7. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
8. かぜのひきはじめと思われる方
9. 妊娠または妊娠している可能性のある方

<<< 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後、30分間程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、注射した部位を強く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て下さい。
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。