

インフルエンザ予防接種 予診票

体温 ℃

住所	電話
氏名 (保護者氏名)	
生年月日 年 月 日 (満 歳 カ月)	男 女

質問事項	回答欄	
今日受け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
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
今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状 ()	はい	いいえ
現在、何かの病気にかかっていますか。 病名 () 治療薬 () その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全にかかったことがありますか 病名 () その病気の主治医にこの予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ
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 症状 ()	いいえ はい	はい いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい (才)	いいえ
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で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 薬や食品名 ()	はい	いいえ
1ヵ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
(女性の方) 現在妊娠していますか	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
インフルエンザ予防接種同意欄		
予防接種の効果や副反応などについて理解し接種することに同意します。		
署名 (代筆者の場合: 続柄)		

医師欄		
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は実施できると判断します。 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ご理解いただきました。		
医師氏名		
ワクチンロット番号	接種量	接種日
インフルエンザ HA ワクチン Lot No. 皮下接種	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	接種日: 年 月 日 梅田内科ファミリークリニック

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方への説明文

この予診票は、任意接種用です。お子さんの場合、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。定期接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体（市区町村）からの通知をご覧ください。

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もあります。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となります。

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（通常は37.5℃以上の人）
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がある人
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、いつもどおり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。

接種予定日	医療機関名
月 日 () 時 分	梅田内科ファミリークリニック