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、太ワク内のみご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。
※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下さい。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　－		
（フリガナ） 受ける人の氏名	（　　）	男・女	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日生 昭和 平成　　（　歳　ヵ月）
（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（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2．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	
3．現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬をのんでいますか（いる・いない）	いいえ	
4．最近１ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
5．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。	いる（病名）	いない	
（“いる”の場合）その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
6．これまで間質性肺炎、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	
7．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	
8．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　　回ぐらい 最後は　　年　　月ごろ	ない	
9．薬や食品（鶏肉、鶏卵など）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．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	
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）	いない	
12．最近１ヵ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	
13．（女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14．（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。出生体重（　　）g	ある（具体的に）	ない	
15．今日の予防接種について質問がありますか。	ある（具体的に）	ない	

医師の記入欄　　**医師の署名**

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。

本人記入（もしくは保護者）

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに同意します。

署名　　（代筆者の場合：続柄　　）

（なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。）

名　　称：インフルエンザHAワクチン メーカー名：デンカ生研株式会社 Lot No.： カルテNo.	用法・用量 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・医師名・接種日時 実施場所： 医師名： 接種日時：　平成　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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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下さい。

〔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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。注射部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感が報告されています。消化器系として、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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下さい。

非常に稀ですが、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（じんましん、呼吸困難など）②急性散在性脳脊髄炎（ADEM: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（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）⑩間質性肺炎⑪皮膚粘膜眼症候群⑫ネフローゼ症候群

上記の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下さい。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下さい。
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、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のある人
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．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。
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ましょう。
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。

あなたの接種予定日	医 療 機 関 名
月　日（　）です 当日は受付に 時　分頃 おこし下さい	