

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

\* 接種希望の方へ: 太枠内にご記入下さい。

\* 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をご記入下さい。

		接種前の体温	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 昭和 平成 ( 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. 現在何か病気にかかって医師の治療を受けていますか。 病名( ) 今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれん(ひきつけ)の 病気などにかかったことがありますか。 病名( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師から今回の接種を受けても良いといわれていますか。	いいえ	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 悪いところを記入してください。( )	はい	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名又は症状( )	はい	いいえ	
5. 薬や食べ物、特に卵や鶏肉でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか。 それはどのようなものですか。( )	はい	いいえ	
6. 今までにインフルエンザなどの予防接種を受けて体の具合が悪くなりましたか。	はい	いいえ	
7. 1カ月以内に予防接種をうけましたか。予防接種の種類( )	はい	いいえ	
8. 1ヶ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。病名( )	はい	いいえ	
9. (ご婦人の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
10. (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。具体的に( )	はい	いいえ	

医師 記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は(適・不適) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師 署名	
-----------	--	----------	--

<b>インフルエンザ予防接種希望書</b> (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)			
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。		いいえ	はい
本人署名 ( )	※本人が署名できない場合は本人の 意思を確認した上で、代筆者が署 名し、続柄を記入してください。		
代筆者署名 ( )	続柄 ( )		

ワクチン製造元 及びロット番号	Lot No.	接種量 (皮下接種) 0.5ml	接種場所 (医療機関名)	千葉県茂原市高師2-8 医療法人社団三愛会 君塚病院
有効期限	年 月 日		接種医師名	
接種年月日	平成 年 月 日			

## インフルエンザ予防接種済証

ワクチン Lot 番号	Lot No.	住所
有効期限	年 月 日	
接種年月日	平成 年 月 日	氏名
接種医療機関名	医療法人社団三愛会 君塚病院	平成 年 月 日

# 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、別紙の予診票に出来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、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、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下さい。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、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など)、(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) けいれん(熱性けいれんを含む)、(5) 肝機能障害、黄疸、(6) 喘息発作。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. 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  
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相当と判断した人

## [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. 薬の投与または食事(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. 気管支喘息のある人

## [ワクチン接種後の注意]

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。