

インフルエンザ予防接種予診票

※黄色の枠は必須項目です。

	診察前の体温	度 分
住所		
電話番号		
氏名	保護者氏名(未成年の場合記入)	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	男・女

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種についての説明書を読みましたか。	いいえ	はい
予防接種の効果や副作用について理解しましたか。	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
コロナワクチン2回目接種日から2週間以上経過していますか。	いいえ	はい・未接種 2回目接種日 (月 日)
現在、何か病気にかかっていますか。	はい(病名)	いいえ
その場合、治療は受けていますか。	はい・いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい・いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血管疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい(病名)	いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい・いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ
薬や食品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。	はい (薬・食品名)	いいえ
これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい(回くらい) (最後は 年 月)	いいえ
これまでに予防接種をうけて具合がわるくなったことがありますか。	はい(症状) (予防接種名)	いいえ
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
(未成年の方)分娩時、出生時、乳幼児健診等で異常がありましたか。	はい(具体的に)	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

医師記入欄：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) _____ 医師の署名または記名捺印
 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副作用および
 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。 _____

医師の説明・診察を受け、予防接種の効果や副反応の _____ 本人の署名(未成年の場合は保護者の署名)
 可能性などに理解した上で(**同意します** ・ **同意しません**) _____
 (被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。) _____ 代筆者の場合：続柄 _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン 製造番号：	0.5 ml	実施場所：西新町二丁目クリニック 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

インフルエンザワクチンの予防接種を実施するにあたって、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、予審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をご記入ください。

【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。注射部分が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれるなどがありますが通常は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、発疹、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ください。非常にまれですが、次のような副反応が起こる可能性があります。

- (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. 明らかに発熱がある人（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起こしたことがある人
なお、他の医療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. 風邪などのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けた時に、2日以内の発熱、発疹、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）で皮膚に発疹が出たり、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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

【ワクチンの接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐ連絡が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ください。

来院する直前に自宅等で体温測定し、予診票に記入してください。