

インフルエンザ予防接種予診票

住所	〒 電話番号: ()	診察前の体温	度 分
フリガナ		男・女	生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)
氏名			

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日のインフルエンザ予防接種について別紙の説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その場合、治療(投薬など)を受けていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
3. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症、その他の病気にかかったことがありますか。 病名()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
4. これまでに間質性肺炎肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。 現在治療中・治療していない	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
5. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6. 最近1か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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
7. 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ください。()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
8. 薬や食品(特に卵や鶏肉)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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
9. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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はありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
10. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
11. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
12. (予防接種を受けられる方がお子さまの場合)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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
13. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
14. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
15. 最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
16. (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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
17. 過去にアルコール消毒でアレルギー反応が出たことがありますか?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

医師の記入欄	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・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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 医師の署名又は記名押印 水間 洋 </div>
--------	---

被接種者の記入欄	医師の診察・説明を受け、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)。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 本人自署 </div>
----------	---

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	接種者	実施場所・接種年月日
インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 第一三共 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 田辺 Lot No.	0.5mL		実施場所 千葉市中央区都町2-4-13-201 医療機関 都町内科ハートクリニック 医師名 水間 洋 接種年月日 年 月 日

【インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ】

〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱を持つ、痛くなることがあります。また、発熱、頭痛、からだがだるくなることがあります。非常にまれですが、次のような副反応が見られることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、(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) 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（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など）、(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

なお、副反応による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また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となります。

〈予防接種を受けることができない方〉

- ① 明らかに発熱している方（通常は37.5℃を超える場合）
- ② 重い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により、アナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）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適当と判断した方

〈予防接種を受ける際に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、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ③ 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ④ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑤ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
- ⑥ 薬の服用または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ⑦ かぜなどのひきはじめと思われる方
- ⑧ 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は以下の点に注意してください〉

- ① 接種後30分間はアレルギー反応（息苦しさ、じんましん、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- ② 副反応（接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど）の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 接種当日の入浴は差支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- ④ 接種当日はいつもの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。