

## ○インフルエンザ予防接種予診票○

任意(自費)接種用

接種希望の場合は、太ワク内のみご記入ください。

接種前体温

度 分

住所			電話			
フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成・令和		
受ける人の氏名		男 女		年	月	日
(保護者の氏名)				歳	ヶ月	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
3. 今日、体に具合の悪いところはありますか。	ある(具体的に) ( )	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 くすりを飲んでいますか。 その病気の主治医には今回の予防接種をうけてよいと言われましたか。	はい(病名) ( ) はい はい	いいえ いいえ いいえ	
5. 最近1ヶ月の間に何か病気がかかりましたか。	はい(病名) ( )	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、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) ( )	いいえ	
7. 最近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	
8. 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい(具体的に) ( )	いいえ	
9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経疾患、免疫不全症など)にかかり医師に診断を受けていますか。	はい(具体的に) ( )	いいえ	
10. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	ある 年ごろ 回くらい 最後は 年 月ごろ	ない	
11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬、食品名) ( )	ない	
12. 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
13. 【接種を受けるのがお子さんの場合】 出生時や乳幼児健診で異常がありましたか。	はい(具体的に) ( )	いいえ	
14. 【接種を受けるのがご婦人の場合】 現在、妊娠しておられますか。	はい (妊娠 週)	いいえ	
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい。(投薬状況など)			

## 医師記入欄

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)と判断します。

本人(未成年の場合は保護者)に対して予防接種の効果・副反応および医薬品医療機器安全総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師署名または記名捺印

印

## 本人(保護者)記入欄

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や副反応の可能性について理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を見合わせます)

署名(子供の場合は保護者署名)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
Lot No.	0.25ml(3歳未満) 0.5ml(3歳以上)	実施場所 医師名 接種日	五百井小児科 (姫路市城北本町5-25) 五百井 寛明 印 年 月 日

# インフルエンザ予防接種(インフルエンザワクチン)説明文

インフルエンザ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、予診票にはでき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、じんましん、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(全身のじんましん、顔色不良、呼吸困難、血圧低下など)
- (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) 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
- (7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少
- (8) 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、白血球破碎性血管炎等)
- (9) 間質性肺炎
- (10) 脳炎・脳症、脊髄炎
- (11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)
- (12) ネフローゼ症候群

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、予防接種を受けて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、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。