インフルエンザ予防接種予診票

※接種ご希望の方は、太枠内にご記入下さい。
※お子様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。
※検温はご自宅でお済ませください。

任意接種用

予防接種日当日の体温	度　　分

住　所	〒	TEL（　　）　　－
フリガナ 受ける方の氏名	（　　）	生年月日 （明治・大正・昭和・平成・令和）　年　月　日生
（保護者の氏名）	**高校生以下の方は保護者の同意が必要です。保護者のご署名をお願いします。**	（男・女）　歳　ヵ月 **※12～13歳の方（ 小学生・中学生 ）**

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	過去に1度でもインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	ない	ある	
3	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。	（　回目・前回は　／　に 右・左に接種）	1回目	
4	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	
5	1か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	
6	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・治療（投薬）など受けていますか。 ・その主治医には今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい（病名　） はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
7	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）にかかり医師の診療を受けていますか。	はい（病名　）	いいえ	
8	これまでに間質性肺炎、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（　）月頃 （ 現在治療中 ・ 治療していない ）	いいえ	
9	今までに痙攣（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	ある（　）回くらい 最後は（　）年（　）月頃	ない	
10	**薬や食品（鶏肉、鶏卵など）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。**	ある 薬または食品の名前 （　）	ない	
11	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	
12	1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくなどにかかった方はいますか。	いる（病名　）	いない	
13	最近1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名：　） 接種日（　／　）	いいえ	
14	これ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。	ある　予防接種名・症状 （　）	ない	
15	**（女性の方に）現在妊娠していますか。**	はい 産婦人科医の了承を得ましたか はい ・ いいえ	いいえ	
16	（お子様の場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある　具体的に （　）	ない	
17	今日の予防接種について質問や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書いて下さい。	ある　具体的に （　）	ない	

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（ 実施できる ・ 見合わせる ）と判断致します。
本人又は保護者に対して、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ました。

医師署名又は記名押印

本人（保護者）記入欄

医師の診察や説明ならびに説明文をお読みになり、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性など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 ・ 接種を希望しません ）

本人署名（高校生以下の方は保護者）　　（代筆者の場合：続柄　　）

※自署できない場合は代筆者が署名し、接種者との続柄を記入して下さい。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：インフルエンザHAワクチン メーカー名： Lot No.：	皮下接種 □ 0.5ml（3歳以上） □ 0.25ml（6ヵ月以上3歳未満）	実施場所：たかまつ耳鼻咽喉科クリニック 医師名： 接種年月日：令和　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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、小水疱などがみられることがあります。蜂巣炎に至った症例の報告があります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、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、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪寒、怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な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（じんましん、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）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（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（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合については、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救済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 明らかな発熱のある人（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のある人

なお過去にその他の原因でアナフィラキシーを起こしたことのある人は、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事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 風邪などのひき始めと思われる人
④ 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常が見られた人
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のある人
⑥ 今までに痙攣を起こしたことのある人
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後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、高熱や痙攣等の異常な症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

体温測定についてのお願い

① 来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入して下さい。