

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。

※お子さんの場合には、健康お状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

		診察前の体温		度	分
住 所				TEL ()	—
フリガナ	()	男	生年 月日	明治・大正・昭和・平成	
受ける人の氏名		女		年 月 日生	
(保護者の氏名)				(歳	ヵ月)

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を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 今日受け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がありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。(病名 薬をのんでいますか。	はい	いいえ	
5. 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、医師の診察を受けていますか。(病名 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	いいえ	
6. これまで間質性肺炎、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。 年 月ごろ (現在治療中 ・ 治療していない)	はい	いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
8. 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。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
9. 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	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
11. 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は いますか。 病名 ()	はい	いいえ	
12. 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	いいえ	
13. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生児、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重()g	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。 具体的な内容()	はい	いいえ	

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)。 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・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、 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) 本人の署名(もしくは保護者の署名) (代筆者の場合:続柄)

ワクチン名、ロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 「ビケンHA」 <input type="checkbox"/> 「化血研」 <input type="checkbox"/> 「生研」 <input type="checkbox"/> 「北里第一三共」 Lot No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヵ月以上 3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診のみに使用致します。

【裏面の説明をよくお読みください】

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]

一昨年までのインフルエンザワクチンは、インフルエンザA(H1N1)亜型とA(H3N2)亜型、B型(山形系統)の3種類が含まれたワクチンでしたが、近年のインフルエンザB型の流行は2系統(山形系統とビクトリア系統)のウイルスが混合していることから、昨年よりこれまでのワクチンに、B型(ビクトリア系統)を加えた4種類が含まれたワクチンになりました。

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみ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(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など)、(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。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になります。

ホームページ <http://www.pmda.go.jp/>
問合せTEL 0120-149-931

[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 尚、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、接種を受ける前に必ず医師に申し出てください。
- (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

[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、保険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) 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人および発疹、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) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹がでたり、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) 気管支ぜんそくのある人

[ワクチン接種後の注意事項]

- (1) 接種後30分間は、急な副反応が起きることがありますので、院内で待機して、異常を感じる場合は、すぐに医師または職員に申し出てください。
- (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らないようにしてください。
- (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てください。但し、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- (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。

ご来院から接種までの時間短縮のため、表面の予診票のご記入、体温測定はご自宅で済ませていただきますようご協力願います。中学生以下は母子手帳を提示してください。未成年者は保護者の同席をお願いします。