

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

* 接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。
* お子さんが接種される場合は、健康状態をよく把握されている保護者の方がご記入ください。

住所		TEL () -	診察前の体温	度	分
(フリガナ)	()	男	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日生
受ける人の氏名		女		(歳	ヵ月)
(保護者氏名)					

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。	いいえ () はい	
2. 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) 前回の接種は (月 日)	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある 具体的に ()	いいえ
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい 病名 ()	いいえ
はいの方 * その病気で、治療（投薬）を受けていますか。 * 主治医には、今日の予防接種は受けてもよいと言われましたか。	はい 具体的に () ・いいえ はい・いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ()	いいえ
6. これまでに特別な病気 (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ましたか。	はい 病名 ()	いいえ
7. 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
8. これまでに気管支喘息や間質性肺炎等の呼吸器系疾患と 診断されたことがありますか。又、現在治療中ですか。	はい (年 月頃) 現在 (治療中・治療はしていない)	いいえ
9. 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で、皮膚にじんましんや発しんが 出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬または食品の名前 ()	いいえ
10. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことはありますか。	はい () 回くらい (最後は 年 月 頃)	いいえ
はいの方 * その時熱は出ましたか	はい・いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい (予防接種名 (症状))	いいえ
12. 1か月以内に予防接種をうけましたか。	はい (予防接種名)	いいえ
13. 1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水ぼうそう、 おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ
14. (女性の方に) 現在妊娠はしていますか。	はい	いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで何か異常はありましたか。	はい 具体的に ()	いいえ
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや 質問があれば、具体的に書いてください。		

医師記入欄	医師の署名
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)	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解したうえで、 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、代筆者の署名) (続柄)
--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所：中野循環器内科 & えがおこどものクリニック
Lot. No :	<input type="checkbox"/> 0.5m l (3歳以上)	医師名：
カルテNo.	<input type="checkbox"/> 0.25m (6か月以上3歳未満)	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、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

お子さまや自書出来ない方が接種する場合は、健康状態をよく把握している保護者、代筆者がご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

効果

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くする事が出来ます。又、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。

副反応

副反応は一般的には軽微です。

局所症状として、接種部分が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれ感、小水疱など、

全身症状として、発熱、寒気(悪寒)、頭痛、だるさ(倦怠感)、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、動悸、筋力低下などがみられる場合がありますが、いずれも2-3日程度で改善することが多いです。

また、稀ではありますが発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、血管性浮腫、蜂巣炎、(細菌による化膿性炎症)、めまい、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、振戦、ぶどう膜炎などがあらわれることがあります。

強い鶏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ください。

非常にまれですが、次のような重篤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、血管浮腫など) ②脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎 ③喘息発作 ④間質性肺炎
 - ⑤急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など) ⑥けいれん(熱性けいれんを含む)
 - ⑦ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など) ⑧血小板減少性紫斑病、血小板減少 ⑨肝機能障害、黄疸
 - ⑩IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 ⑪皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群) ⑫ネフローゼ症候群
- 尚、副反応による健康被害が生じた場合は、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出来ない人】

- 1.明らかに発熱がある人(37.5℃以上)
- 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
又、他の原因でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、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持病がある人
- 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.予防接種を受けた時に、2日以内に発熱や、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられたことがある人
- 5.薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
- 6.これまでにひきつけ(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、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【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後30分間は、急な副反応が起きることがあります。クリニック内でお待ちいただくか、すぐに対応できる場所で様子をしっかりと観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2.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いただいてもかまいません。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 3.接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすことはやめましょう。
- 4.万一、接種後、高熱やけいれんなどの異常な症状、接種部位の異常な反応など、何か気になる症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日()です 当日は受付に 時 分頃おこしく下さい	中野循環器内科&えがおこどものクリニック