

インフルエンザ予防接種予診票

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。

接種前の体温 _____ 度 分

ふりがな

受ける方の氏名 _____ (男・女) (昭・平・令) ____年__月__日生 ____才__ヶ月

住所 〒 _____

電話番号 _____ 自宅以外の連絡先 _____

1. 今日受ける予防接種について説明文(2枚目)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、はい 】
「いいえ」の場合、 前回の接種は (____月 ____日)

3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 【 はい、いいえ 】
「はい」の場合具体的に記入してください。
(_____)

4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 【 はい、いいえ 】
「はい」の場合病名、治療・投薬内容を記入してください。
(_____)

5. けいれん、血液疾患、免疫不全症を起こしたことはありますか。 【 はい、いいえ 】

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 【 はい、いいえ 】
「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前
(_____)

7. 1か月以内に他の予防接種を受けましたか。 【 はい、いいえ 】
「はい」の場合予防接種の種類 (_____)

8. 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。 【 はい、いいえ 】
「はい」の場合具体的に記入してください。
(_____)

9. (女性の方に) 現在妊娠していますか。 【 はい、いいえ 】

10. 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、具体的に記入ください。
(_____)

11. 医師の診察・説明を受け、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(もしくは保護者の署名) _____

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用します。

以下クリニック使用欄

3歳以上 3歳未満

Lot. No. _____ 皮下接種 (0.5ml、0.25ml) _____ みやもとファミリークリニック 宮本 徹

最終有効年月日 _____ カルテNo. _____ 接種年月日 _____

インフルエンザワクチンの接種について（説明文）

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、予診票は出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態を良く把握している保護者をご記入下さい。

[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、しびれることがあります。通常2～3日で消失します。また発熱、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、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。

その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーがある方は、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（じんましん、呼吸困難など）(2) 急性散在性脊髄炎（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) 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、白血球破砕性血管炎等）(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ください。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. 明らかに発熱のある人（37.5℃以上の人）
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人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. かぜ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及び発しん、じんましん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）で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん（ひきつけ）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. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸系疾患のある人

[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。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ち、こすることはやめましょう。接種当日の入浴は差し支えありません。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量を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ください。