

1回目 (月 日) 2回目

インフルエンザ予防接種予診票

住 所		診察前の体温	℃
フリガナ		生 年 月 日	
受ける人の氏名	(男・女)	年 月 日	
		(満 歳 ヶ月)	
保護者氏名		電 話 番 号	

下記の質問事項を丁寧に読んで、黒のボールペンでお書きください。(○で囲む、または具体的に記入してください)

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	予防接種の説明文を読み、効果や副反応、健康被害制度について理解しましたか	はい	いいえ	
2	過去10年以内にインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
3	今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 症状()	いいえ	はい	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名()	いいえ	はい	
5	最近、1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか 病名(月 日 ~ 月 日)	いいえ	はい	
6	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん・風しん・おたふくかぜなどに かかった方がいますか 病名()	いいえ	はい	
7	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(接種日 月 日)	いいえ	はい	
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 予防接種名()	いいえ	はい	
9	今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、腎臓、肝臓、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()	いいえ	はい	
	その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けていいと言われましたか	はい	いいえ	
10	今までに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	いいえ	はい	
	現在、治療中ですか	いいえ	はい	
11	ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか	いいえ	はい	
	そのとき熱はでましたか	いいえ	はい	
12	薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか 薬・食品名()	いいえ	はい	
13	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いいえ	はい	
14	近親者に予防接種をして具合が悪くなった方はいますか	いいえ	はい	
15	(女性の方に)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか	いいえ	はい	
16	今日の予防接種について質問はありますか	いいえ	はい	

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせ) と判断します 医師署名または押印
-------	---

本人・保護者 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や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 (希望します ・ 希望しません) 本人または保護者署名
---------------	--

ロット	用法・用量	実施医療機関	接種日	接種医師名
	皮下接種 □ 0.5ml □ 0.25ml	伊藤医院	年 月 日	

月 日 () です

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、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多型紅斑、そう痒、血管浮腫精神神経系として、頭痛、一過性の意識喪失、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、倦怠感、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(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傷害など)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となります。

[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ことがある人
又は過去にその他の原因で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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
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がある人
6. 今までにひきつけ(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. 妊娠している人
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あと30分は、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ましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けてください。