

インフルエンザ予防接種 予診票

* 接種希望の方は太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
* 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。

診察前の体温

度

分

住 所				TEL ()	—		
フリガナ		男	生	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)			
受ける人の氏名		・	年				
(保護者の氏名)		女	月 日				

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. 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
3. 現在、何か病気にかかっていますか。(病名) 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種をうけてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
5. 今日、体の具合の悪いところがありますか 具合の悪いところを書いてください()	はい	いいえ	
6. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
7. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①その際に具合が悪くなったことはありますか ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
8. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
9. 1カ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	
10. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()	はい	いいえ	
11. その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
12. 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()	はい	いいえ	
13. 今日の予防接種について質問はありますか	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、副反応及び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、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで接種することに
(同意します ・ 同意しません)

署名 (代筆者の場合：続柄) _____

ワクチン ロット番号	用法・容量	実施場所・医療機関名・接種日時
Lot No	皮下接種 0.5ml	実施場所：松ノ木公園クリニック 医師名 : 石井健輔 接種日時： 年 月 日

インフルエンザワクチンを接種される方へ

1. ワクチンの効果と副反応

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。また、重症化や入院・死亡を防ぐ効果があります。特に重症化しやすい方、家族・同居者に重症化しやすい方がいる方、医療従事者はインフルエンザワクチンを接種するメリットがより大きいと考えられます。

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が、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、振戦、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（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12) ネフローゼ症候群。

なお、本ワクチンの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。

問い合わせ先： 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口 電話：0120-149-931 URL：
<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

2. 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）
- 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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
（他の医薬品使用でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、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適当と判断した人
※インフルエンザ予防接種について、持病のある人は主治医に意見を求めてください。
接種しない方が良いと言われた人は接種できません。

3. 予防接種を受ける前に医師に相談が必要な人

- ① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 薬の使用または食事（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
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

4. 予防接種後の注意

- ① 接種後30分間は医療機関にいたるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればすぐに知らせてください。
- 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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなど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。