

インフルエンザ予防接種予診票

Lot. No	接 種 量		皮下接種
	0.5ml	0.25ml 3歳未満	左 ・ 右

太枠の中を記入して、○で囲んでください

回 数	1回目	2回目 (1回目 /)	体 温	
フリガナ 受ける人の名前		男 女	生年月日	S H R 年 月 日生
住 所			年 齢	歳

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 予防接種について説明文（別紙）を読んで理解しましたか。		はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい（具体的に）	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい 薬を飲んでいますか(はい・いいえ)	いいえ	
4. 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	
5. 最近、1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	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)にかかったことはありますか。	はい	いいえ	
7. これまでに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と 診断され、現在、治療中ですか。	はい (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 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	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことはありますか。	はい 回 ぐらい 最後は 年 月 ごろ	いいえ	
10. 薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり 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	
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(症状)	いいえ	
12. 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。	はい(病名)	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、出生時、乳児健診などで異常がありましたか。	はい(具体的に)	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい(具体的に)	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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 保護者に対して予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師の署名 板野 正敬
-----------	---

保護者 記入欄	医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や、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。 保護者(本人) 署名
------------	--

実施場所：岩沼市恵み野1-7-6

接種年月日：

医院名：いたのこどもクリニック 板野 正敬

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、出来るだけ詳しく予診票をご記入ください。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、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、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。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。通常は2～3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、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。強い卵アレルギーのある方は、強い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)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(IgA血管炎、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、髄膜炎、(11)皮膚粘膜眼症候群。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。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱がある人(37.5℃を越える人)
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
なお、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適当と判断した人

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、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)で皮膚に発疹が出たり、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. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意点

1. インフルエンザワクチンを受けたあと15分間は、急な副反応が起きることがありますので、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
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。スイミングなど激しい運動や大量の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。

予防接種をスムーズに受けるために

1. 接種当日は院内の混雑を避けるため、予約時間にお越しください。
2. 当日は袖が上がりやすい、もしくはすぐに抜けるような服装でお越しください。
3. 接種後に会計となります。おつりが出ないようにご協力お願い致します。
4. お持物：予診票、母子手帳、診察券 ※保険証・受給者証は必要ありません。