インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　ー			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日生 （　歳　ヵ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種こついて説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	１回目	２回目	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
5. 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	
6. 最近１ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7. 最近１ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
8. 最近１ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9. 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	ある（具体的に）	ない	
10. 今までに特別な病気（心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（“ある”の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある ごろ　回くらい 最後は　年　月ごろ	ない	
（“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある　年　月ごろ 現在治療中 治療していない	ない	
13. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる（予防接種名）	いない	
15. 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	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えてときたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今回の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）医師の署名　赤井 マリ子

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解したうえで、今日の予防接種を受けますか。（ 受けます ・ 見合わせます ）

署名（本人もしくは保護者）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザ HA ワクチン □「ビケンＨＡ」 □フルービックＨＡ □インフル「生研」 Lot NO.	（皮下接種） □０．２５ｍｌ ■0.5 ｍｌ	実施場所　大阪府堺市南区深阪南１６７番地 医師名　医療法人 赤井マタニティクリニック 院長　赤井　マリ子 接種日時　平成　年　月　日　時　分

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

<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。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。
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、多形紅斑、紅斑、かゆみ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。顔面神経麻痺等の麻痺、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。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、アナフィラキシー様症状(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)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など)、(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)。なお、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。

<予防接種を受けるときの注意>

①インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
②受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
④清潔な着衣をつけましょう。
⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

<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(他の医薬品投与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お医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
④その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

<予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

①発育が遅く、お医者さんや保健師さん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家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
④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
⑤前回の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
⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
⑦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
⑧間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人
⑨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のある人
⑩妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
③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。
④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。
⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さん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　　分頃おこしください	

5IN-304D-　2011年8月作成