

インフルエンザ予防接種 予診票

- ・接種をご希望の方は、太枠内のみご記入ください
 ・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の方がご記入ください

診察前の体温

℃

住所	〒		
フリガナ氏名		男・女	TEL
保護者の氏名			昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)

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書を読み、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？			
3	今日、体に具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ	
4	現在、なにかの病気にかかっていますか？ 病名（ ） 治療・投薬を受けていますか？ はい場合、その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか？	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
5	免疫不全と診断されたことがありますか？	はい	いいえ	
6	今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか？	はい	いいえ	
7	薬や食品（鶏肉、鶏卵など）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？	はい	いいえ	
8	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？ その際に具合が悪くなったことはありますか？	はい はい	いいえ いいえ	
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	
10	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
12	1ヶ月以内に家族や周囲で、麻疹、風疹、おたふくかぜなどかかった人はいますか？	はい	いいえ	
13	1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか？	はい	いいえ	
14	（女性の方に）現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
15	（接種を受ける方お子さんの場合） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか？	はい	いいえ	
16	今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	
17	その他健康状態などについて、伝えておきたいことがあれば、お書きください。			

医師の記入欄

医師の署名

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）

本人（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。

本人（保護者）の記入欄

医師の診察・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種に同意します

本人（もしくは保護者）の署名

続柄：

インフルエンザHAワクチン lot.No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種年月日：	くまさんこどもクリニック 大山 亘 令和 年 月 日
--------------------------	--	-------------------------	---

インフルエンザワクチンの接種をされる方へ

インフルエンザの予防接種を実施するにあたり、接種さ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、予診票にはでき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の方がご記入ください。

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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、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、血管迷走神経反射。しびれ感、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。

その他副反応として、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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、次のような重大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、血管浮腫など）
- ②急性散在性脳脊髄炎（ADEM）：通常、接種後数日から2週間以内に（まれに28日以内に）、発熱、頭痛、けいれん、運動障害、言語障害などがあらわれる
- 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

上記の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。

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、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℃を超える人）
- 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相当と判断した人

予防接種を受けるにあたり、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.カゼ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のある人
- 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疾患のある人

予防接種を受けたあとの注意

- 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。医療機関の近くにいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡を取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、接種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、普段通りの生活を送り、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。