

インフルエンザ予防接種 予診票

1 回目

2 回目

※接種希望の方は、太枠内をご記入ください

診察前の体温

度

分

住 所					TEL ()		—	
ふりがな					男・女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳 か月)
受ける人の氏名								
保護者の氏名								

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日の予防接種は何回目ですか	1回目	2回目	
2. 今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
3. 【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か月の間に病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7. 最近1か月以内に家族や周囲に麻しん、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）	いいえ	
8. 最近1か月以内に予防接種をうけましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9. これ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	はい（具体的に）	いいえ	
10. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気）にかかり医師の診療を受けていますか	はい（具体的に）	いいえ	
11. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	ある（いつ頃、回数）	ない	
12. 薬や食品（鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、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	
13. （ご婦人のかたに）現在妊娠しておられますか	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、 具体的にご記入ください。			

医師の記入欄
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）

医師の署名

保護者(成人の方は本人もしくは代理人)のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか(はい ・ 見合わせます)

使用ワクチン名	接種量	部位	実施場所・医師名・接種日	
Lot No.	☐ 0.25mL (6か月以上3歳未満) ☐ 0.5mL (3歳以上)	ひだり	実施場所	滋賀県守山市播磨田町3067 医療法人社団 きどわき医院
		みぎ	医師名	木戸 脇 智志
			接種日	

インフルエンザワクチンの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、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管性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、血管性浮腫など）、(2) 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（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) 免疫性血小板減少症、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、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

〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人〉

- ①カゼなどのひきはじめと思われる人
- ②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
- ③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
- ④今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑤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
- ⑥間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑦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
- ⑧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15分間は院内に待機して様子を観察し、アレルギー反応などがあればお申し出ください。
- 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りはやめましょう。
- ③接種当日は接種部位を清潔に保ち、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。