

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**太枠内のみご記入**ください。回答欄にはどちらかに○印を付けてください。
 ※お子さまの場合には健康状態を良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				
受ける方の氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
保護者の氏名			(満 歳 か月)	

質問事項	回答欄		医師記入
1 今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明文(裏面)を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
2 今日、普段と違って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、何か病気にかかっていますか。 その病気の主治医には今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 () はい いいえ 特に訪ねていない	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 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか	はい 病名 ()	いいえ	
6 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬品・食品名 ()	いいえ	
7 けいれんをおこしたことがありますか。	はい (回ぐらい) (最後は 年 月ごろ)	いいえ	
8 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
9 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。	いいえ 前回の接種 (月 日)	はい	
10 インフルエンザ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	
11 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 予防接種名 ()	いいえ	
12 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名・接種日 (年 月 日)	はい 接種日 (月 日) 予防接種名 ()	いいえ	
13 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
14 1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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	
15 【女性の方に】現在妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
16 【接種を受けられる方がお子様の場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重 () g	はい 具体的に ()	いいえ	
17 その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。			

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
 本人又は保護者に対して予防接種の効果、副反応および独立行政法人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。

医師の署名または記名押印 児玉 将隆 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	接種量	実施医療機関・医師名
	(皮下接種) □0.25ml (3歳未満) □0.5ml (3歳以上)	実施医療機関 医療法人大侑会 こだま耳鼻科クリニック 医師名 児玉 将隆 接種年月日 令和 4 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用いたします。

インフルエンザワクチンの接種について（裏面）

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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がご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、小水疱などがみられることがあります。通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告があります。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。

過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・欠陥迷走神経反応、しびれ感、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は重篤な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下さい。

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(蕁麻疹、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(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等)、(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)、(12)ネフローゼ症候群、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下さい。

なお、健康被害(入院が必要な程度の疾患や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又は家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて、救済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℃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、判断を仰いで下さい。
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. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けた際、2日以内に発熱のみられた人及び発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(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(ひきつけ)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、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。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. 接種当日はいつもの生活をしましょう。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下さい。

体温測定についてのお願

※来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入して下さい※