【64歳以下の方】インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

＊接種希望の方へ：太ワク内に記入下さい。
＊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。

診察前の体温			度　　分	
住　　所	上川町	電話番号		
（フリガナ） 受ける人の氏名		男・女	生年月日	昭和 平成　　年　月　日生 令和 （　　歳　　か月）
（保護者の氏名）				

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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（　）回目 前回の接種は（　月　日）	はい	
今日、体に具合の悪いところはありますか。	ある　具体的に（　　）	ない	
現在、何か病気で医師にかかっていますか。	はい　病名（　　）	いいえ	
・その場合、治療（投薬）を受けていますか。	はい	いいえ	
・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい	いいえ	
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	
今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか	はい　病名（　　）	いいえ	
これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系の疾患と診断され、現在治療中ですか。	はい（　　年　　月頃） 現在　治療中・治療していない	いいえ	
今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことはありますか。	ある（　　）回ぐらい 最後は（　　年　　月頃）	いいえ	
薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある 薬または食品（　　）	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名（　　）	いいえ	
1ヶ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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
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（予防接種名　　） 症状（　　）	いいえ	
（女性の方に）現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
（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。	はい 具体的に（　　）	いいえ	
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（　可能　・　見合わせる　）☒ 本人または保護者に対して、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た。 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応☒ついて理解した上で、接種を希望しますか。
（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）　　本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	皮下注射 □0.5ml（3歳以上） □0.25ml（3歳未満）	実施場所 医師名 接種年月日　令和　　年　　月　　日

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。そのため下記をご確認のうえ、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

[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が通常は 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、リンパ節腫脹、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。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれに起こります。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。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（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、予防接種健康被害救済制度に基づき、健康被害者から請求を行うことになります。

[予防接種を受ける事ができない人]

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(接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応)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事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. かぜなどのひきはじめと思われる人
3. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 薬の投与または食事(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人
6. 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
7. 気管支喘息のある人

[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、医師とすぐ連絡をとれるようにしていきましょう。
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、いつも通り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でた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。