

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、太枠内をご記入ください。

		診察前の体温		度	分
住所			TEL () -		
(フリガナ)	()	男	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和	
受ける人の氏名		女		年	月
(保護者の氏名)			(満 歳 力月)		

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文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けられるインフルエンザの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	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい 具体的に ()	いいえ	
4. 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	
5. 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか	はい 病名 ()	いいえ	
6. これまでに特別な病気(心血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名 ()	いいえ	
7. これまでに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい (現在 治療中 ・ 治療していない)	いいえ	
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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 薬または食品の名前 ()	いいえ	
10. 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	はい	いいえ	
11. 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、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	
12. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい 種類 ()	いいえ	
13. 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 種類 () 症状 ()	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. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出産時、乳児検診などで異常がありましたか。	はい	いいえ	
16. 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、具体的に書いてください。			

医師の記入欄：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)

保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した 医師の氏名 加藤 浩之

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)	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	
LotNo.	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 ふたば内科眼科糖尿病クリニック	医師名 加藤 浩之
		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あたって、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。そのため予診票にでき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症を予防したり、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・血管迷走神経反応、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。その他の副反応として発熱、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下さい。

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、接種数日後から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、意識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、医師に申し出て下さい。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医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行う事になります。

《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(通常は37.5℃以上の人)
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適当と判断した人

《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系疾患のある人

《予防接種を受けた後の注意》

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. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこす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、高熱やけいれんなど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。