

インフルエンザワクチン予防接種予診票 【任意接種用】

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。
※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をご記入下さい。

住所		〒		TEL		度		分	
(フリガナ) 受ける人の氏名				性別	男・女	生年月日	年	月	日
(保護者の氏名)							(満	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、裏面の説明を読み、内容を理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザワクチンの予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ () 回目	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. 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。	いいえ	はい	
6. 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい 病名 ()	いいえ	
7. これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症など）にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい 病名 ()	いいえ	
8. これまでに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか。	はい 病名 ()	いいえ	
9. これまでにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい () 回 最後は () 年 () 月頃	いいえ	
10. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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 薬・食品名 ()	いいえ	
11. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
12. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹（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がいますか。	はい 病名 ()	いいえ	
13. 1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ()	いいえ	
14. 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	
15. （女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16. （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	
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、具体的に書いて下さい。			

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）と判断します。 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ました。	
医師の署名又は記名押印： 須藤 隆次	

本人（保護者）記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。	本人の署名（もしくは保護者の署名）
（接種を希望します・接種を希望しません）	続柄： なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザワクチン Lot. No	皮下接種 □ 0.5mL（3歳以上） □ 0.25mL（6カ月以上3歳未満）	実施場所： 帯広市西10条北2丁目7番地2 須藤内科クリニック 医師名： 須藤 隆次 接種年月日： 年 月 日

記載いただいた個人情報は、ワクチン接種の予診・接種記録にに関してのみ使用します。

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

＜ 予防接種を受ける前に ＞

この説明をよく読み、必要性や副反応について理解した上で接種を受けてください。分からないことや心配なことがある場合は、接種前に医師へお尋ねください。

＜ 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。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。

＜ 予防接種を受けることができない方 ＞

- ① 明らかな発熱（37.5℃以上）がある方
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ 過去にワクチンの成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方
（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て判断を仰いでください）
- ④ その他、医師が予防接種を行うことが不適当と判断した方。

＜ 接種前に医師へ相談が必要な方 ＞

心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、発育障害などで治療中の方、過去の予防接種で発熱や全身性発疹などのアレルギーを疑う症状があった方、けいれんの既往がある方、免疫不全の診断を受けた方や近親者に先天性免疫不全症の方がいる場合、ワクチン成分に対してアレルギーを起こすおそれがある方、妊娠中または妊娠の可能性のある方などは、事前に医師へお申し出ください。

＜ 接種後の注意 ＞

接種後30分程度は急な副反応が起こることがありますので、医療機関とすぐ連絡を取れるようにしてください。接種当日は激しい運動や大量の飲酒を避け、接種部位を清潔に保ってください。入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすらないでください。体調に異常を感じた場合は医師にご相談ください。