

インフルエンザ予防接種予診票

*事前に裏面の「インフルエンザワクチンの接種について」を読み、予診票の太枠内を記入してください。
 *治療中の疾患がある方や妊娠中の方は事前に主治医の許可を得てください。

		診察前の体温		度	分
フリガナ		住所	〒 ()		
氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生	
性別	男・女	年齢		電話	() -

質問事項		回答欄(○印、記入をしてください)		医師記入欄
1.	今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで「効果」「副反応」等について理解しましたか。	はい	いいえ	
2.	今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン初めてですか。	はい	いいえ (回目)	
3.	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ない	ある (具体的に)	
4.	①現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	いいえ	はい (病名)	
	②治療でお薬を飲んでいますか。	はい	いいえ	
	③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	いいえ	
5.	最近、1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	いいえ	はい (病名)	
6.	今までに心臓病、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たことがありますか。	いいえ	はい (病名)	
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
7.	これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	いいえ	はい 年 月 頃 (現在治療中・治療していない)	
8.	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	いいえ	はい	
9.	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	ない	ある 約 回 最後は 年 月 頃	
10.	薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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。	ない	ある (薬または食品名)	
11.	今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。	ない	ある (予防接種名、症状)	
12.	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい (予防接種名)	
13.	※女性のみ 現在妊娠していますか。	いいえ	はい	
14.	今日の予防接種について質問がありますか。	ない	ある (具体的に)	

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)
	医師の署名 本人に対して、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上で、接種を希望しますか。 (右記の希望欄に○印のうえ署名をお願いします)	希望欄	接種を希望します ・ 接種を希望しません
	本人の署名	

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No	皮下接種	実施場所 日本文理大学
	0.5 m l	医師名
		接種日 令和 年 月 日

※必ず読んでください 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、裏面の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、インフルエンザ感染を予防したり、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。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」「食欲減退」「関節痛」「筋肉痛」等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」「じんましん」「湿疹」「紅斑」「多形紅斑」「かゆみ」等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ください。

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（じん麻疹、呼吸困難など）
- ② 急性散在性脳髄炎（接種後数日から2週間以内の発熱、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 血小板減少性紫斑病、血小板減少
- ⑨ 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など）
- ⑩ 間質性肺炎
- ⑪ 皮膚粘膜眼症候群
- 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ください。なお、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となります。

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ください。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

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. 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、じん麻疹等のアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 菓の投与または食事（鶏肉、鶏卵など）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、医師とすぐ連絡をとれる様におきましょう。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、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出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	実施機関名
令和 年 月 日 () 当日は受付に 時 分頃お越しください。	公益財団法人 大分県地域保健支援センター

※裏面の予診票の記入へおすすみください。