

インフルエンザワクチン予防接種予診票(任意接種用)

診察券 ID:		診察前の体温		度 分	
住 所					
氏 名		男	生年	M・T・S・H	年 月 日
電話番号	()	女	月 日	(満 歳)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師欄
今日、具合の悪い所がありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
今日、受ける予防接種についての説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 「はい」とお答えの方は、薬を飲んでいますか。	はい (病名) はい ・ いいえ	いいえ	はい
ここ1ヶ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	
今まで特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液疾患免疫不全症・その他病気)にかかり、医師の診断を受けていますか。	はい(病名)	いいえ	
(“はい”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸系疾患と診断され、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	
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	
今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい ① 回くらい ②最後は 年 月頃	いいえ	
薬や食品(鶏卵・鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 薬品・食品名()	いいえ	
1ヶ月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)・風しん・水痘(みずぼうそう)・おたふくかぜにかかった方はいますか。	はい 病名()	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	
最近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	
(女性の方に)現在、妊娠していますか。	はい (現在 週)	いいえ	
その他、健康状態のことで、医師に伝えておきたいことがあれば右に具体的にお書きください。		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** ・ **見合わせたほうが良い**)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、副反応及び予防接種被害救済制度について説明しました。

医師の署名又は記名捺印

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、予防接種を (希望します ・ 希望しません)	署名
--	----

使用ワクチン名	接種量(皮下)	実施場所	北柏リハビリ総合病院
	0.5 ml	医師名	杉原 浩
有効期限 年 月 日		実施年月日	西暦 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、以下のインフルエンザワクチンに関する情報を必ずお読みください。

また、別紙の予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。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、インフルエンザワクチン接種に伴う副反応として、注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれるなどがあります。が数日以内に自然に消失します。また稀ですが、発熱、頭痛、倦怠感、一過性の意識障害、めまい、リンパ節腫脹、嘔気、嘔吐、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがあります。過敏症としては、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどが稀に起こります。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るため必ず医師に申し出てください。

非常に稀ですが、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（じんま疹、呼吸困難、血管浮腫等）、(2) 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等）、(3) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4) ギラン・バレー症候群、(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等）、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、(12) ネフローゼ症候群。

(1)～(12)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病や障害など）が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は近親者が、独立法人 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（通常30分以内に出現する呼吸困難、全身性のじんましんなどを伴う重症のアレルギー反応）を起こしたことがある人。また、他の医薬品の投与をう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
5. 高齢者に実施するインフルエンザの定期接種の場合、予防接種で接種後2日以内に発熱のみられる人および全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人

<予防接種を受ける際に、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. 風邪などのひきはじめと思われる人
4. 過去に予防接種を受けた時に、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. 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
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. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
8. 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
9. 卵アレルギーのある人
10. 妊娠の可能性のある人

<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（気分不良、息苦しさ、咳、じんましんなど）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、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 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. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
5. 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。