

3～64歳		インフルエンザ予防接種予診票							
*接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。 *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をご記入ください。				診察前の体温		度		分	
住所		電話番号		()		—			
(フリガナ)		()		男		生 年		昭和・平成・令和	
受ける人の氏名				女		月 日		年 月 日生	
(保護者の氏名)						(歳		ヶ月)	

質問事項		回答欄		医師記入欄
1. 今日のインフルエンザ予防接種について裏面の説明文を読んで理解しましたか。		いいえ	はい	
2. 今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。		いいえ	はい	
3. 現在体に具合の悪いところがありますか。 ・具体的な症状 ()		はい	いいえ	
4. 現在何か病気にかかっていますか。 ・病名 () ・その場合、治療(投薬等)を受けていますか。 ・その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けて良いと言われましたか。		はい	いいえ	
		はい	いいえ	
		いいえ	はい	
5. 1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 ・病名 ()		はい	いいえ	
6. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 ・予防接種の種類()		はい	いいえ	
7. これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。 ・病名 () ・その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けて良いと言われましたか。		はい	いいえ	
		いいえ	はい	
8. 免疫不全と診断を受けたことはありますか。		はい	いいえ	
9. 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	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。		はい	いいえ	
11. 薬や食品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。 ・薬、食品名 ()		はい	いいえ	
12. インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか。		いいえ	はい	
		はい	いいえ	
13. インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことがありますか。 ・予防接種の種類 ()		はい	いいえ	
14. (接種者がお子さんの場合)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	いいえ	
15. (女性の方に)現在妊娠または妊娠の可能性がありますか。		はい	いいえ	
16. 今回の予防接種について質問がありますか。 ・質問内容 ()		はい	いいえ	

接種を受ける者の記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解したうえで、接種することを (希望します・希望しません) ※どちらかに○をしてください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 (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入してください。	本人の署名(もしくは保護者の署名) 代筆者の場合： 続柄 _____

医師の記入欄	
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)と判断する。 接種者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。	医師の署名 _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所： ひまわりクリニックきょうごく
製造ロット番号	0.5 mL (3歳以上 64歳未満)	医師名： 接種日時： 令和 年 月 日 時 分
注)有効期限が切れていないか要確認		

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、表面の予診票に出来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をご記入下さい。

【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など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、小水泡、蜂巣炎、血管浮腫などがみられることがあります。過敏症として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、失神、顔面神経麻痺等の麻痺、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、腹痛、食欲減退、関節痛、筋肉痛、なども起こることがあります。また、発しん、蕁麻疹、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。

また、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、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、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)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等）、(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、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健康被害を受けた人又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救済手続きを行うことになります。

【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（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下さい。
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、保健師の指導を継続して受けている人
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日以内に発熱のみられた人及び発しん、蕁麻疹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）で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことのある人
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、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【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、注射した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、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下さい。

あなたの接種日	医療機関名
月 日 () です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	ひまわりクリニックきょうごく