

インフルエンザ予防接種予診票

管理区分：B

診察前の体温

度 分

住 所	電話番号			—	—
氏 名				男 ・ 女	
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和			年	月 日生 (満 歳)

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか？	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか？ 病名（ ） 治療（投薬など）を受けていますか。 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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか？	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい。（ ）	はい	いいえ	
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ① その際に具合が悪くなったことはありますか ② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合悪くなったことはありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
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	
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	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったこと ありますか。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よいと言われましたか？	はい はい	いいえ いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病気（ ）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

★保護者が同伴しない場合

あなたのお子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で
接種することに同意しますか？（ 同意する ・ 同意しない ）※かつこのどちらかを○で囲んで下さい。

保護者自署

※保護者のサインが無い場合は接種できません。

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 ・ 不可能 ） 本人に対して、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。 医師署名又は記名印	
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No	0. 5 m l	実施場所 横浜総合病院 医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な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？（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

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。

年 月 日 被接種者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

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病を阻止したり、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、嘔気・嘔吐、腹痛、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が通常は、2～3 日で消失します。過敏性として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤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(じんましん、呼吸困難など)、(2)急性散在性脳髄膜炎(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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱傷けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少症紫斑病、血小板減少症、(8)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等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 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下さい。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℃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下さい。
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. かぜ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、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がある人
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. 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がある人
8. 妊娠している人
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、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。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. 接種当日はいつも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。