

インフルエンザHAワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

		診察前の体温		度	分
住所	〒			TEL () -	
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男・女	生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 平成 (歳 ヵ月)	
(保護者の氏名)					
質問事項			回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか			いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所()			はい	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			はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか			はい	いいえ	
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	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()			はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、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 薬名・食品名()			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			はい	いいえ	
①前回受けたのは(年 月頃)			はい	いいえ	
②その際に具合が悪くなったことはありますか			はい	いいえ	
③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()			はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名()			はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか			はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか			はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか			はい	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか			はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()			はい	いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか			はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか			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	
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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します 本人(本人が未成年者の場合は保護者)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 医師署名又は記名捺印 _____					
本人記入(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)					
医師の診断・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することに (同意します・同意しません)どちらかを○で囲んでください 署名 _____ (代筆者の場合: 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	接種場所・医師名・接種日時		
名称: インフルエンザHAワクチン		皮下接種	医療機関名:		
メーカー名:		mL	医師名:		
製造番号:		回目	接種日時: 年 月 日 時 分		

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

インフルエンザワクチンの接種について（裏面）

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、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。過敏症として、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。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（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)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（熱性けいれんを含む）、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作。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、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, 気管支喘息のある人

〔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下さい。

体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください