

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

☆太ワクの中のみ記入して下さい。

診察前の体温： 度 分

健康保険組合名		会社名			
保険証記号・番号	—	電話番号			
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年 月 日	昭・平	年 月 日 生 (満 歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか？	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか？	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか？	はい(具体的に)	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	はい(病名)	いいえ	
治療(投薬など)をうけていますか？	はい	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？	はい(病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか？	はい(病名)	いいえ	
主治医に今日の予防接種を受けてよと言われましたか？	いいえ	はい	
7. 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	
8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こした事がありますか？	はい 回位 最後は 年 月頃	いいえ	
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい(薬または食品の名前)	いいえ	
10. これまで間質性肺炎や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？	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に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	
12. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などにかかった方がいますか？	はい(病名)	いいえ	
13. 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	
14. (女性の方に) 現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
15. 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具体的に書いてください。			

医師の記入欄

医師の署名

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)

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について理解した上で、

本人の署名

接種を希望しますか。(接種を希望します・希望しません)

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No	皮下接種 0.5 mL	実施場所： 有楽町電気ビルクリニック 医師名： 接種日時： 令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

インフルエンザワクチンの接種に当たっては、表面の予診票にできるだけ正確にご記入ください。この予診票は、担当医師が受けられる方の健康状態をよく把握し、正確な情報を得るために大切なものです。責任を持って記入しましょう。

《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、小水疱などがありますが通常は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、じんましん、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となります。

《当院で予防接種を受けることができない人》

次のいずれかに該当すると認められる場合

1. 明らかに発熱している人(37.5℃以上)
2. 急性疾患(新型コロナウイルス感染症等)にかかっていることが疑わしい人
3. インフルエンザワクチンを接種した際、過去にアナフィラキシーを起こしたことがある人
他の医薬品によってアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種前に医師にその旨をよく伝え、指示に従ってください。
4. 新型コロナウイルス感染症となった方で、発症日から5日間経過していない人
5. 15歳未満
6. その他、予防接種を受けることは医師により不相当と判断された人(具体的には医師とよく相談してください。)

《予防接種を受けるに際し、医師によく相談しなければならない人》

健康状態及び体質について、次のいずれかに該当すると思われる場合、接種前に必ず医師とよく相談してください。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などを有する人
2. 出生時に未熟児で発育の遅い人
3. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
4. 風邪の引きはじめや極端に体力を消耗している人
5. 前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた人又は発疹(ほっしん)、蕁麻疹(じんましん)等のアレルギーを疑う症状がみられた人
6. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉及び卵製品)で発疹が出たり異常をきたしたことがある人
7. 過去にけいれん(ひきつけ)の既往のある人
8. 過去に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
9. 妊娠中、妊娠の可能性のある人

《予防接種を受けた後の注意》

インフルエンザワクチンの接種を受けた後は、何か変化があればすぐに医師の診察を受けるようにしましょう。

1. 接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
2. 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。また、激しい運動、飲酒は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けてください。