

# インフルエンザ予防接種予診票



2017年度版<一般成人>任意接種用

受ける人の名前	ふりがな	男性 / 女性	体温	起床時・接種前 ℃
領収書宛名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( )歳			
住所	〒			
電話番号	( )			

質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)	回答欄	医師記入欄
今までにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	はい(いつ) / いいえ	
今日、具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に) / ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、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(病名) / はい・いいえ / 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。	はい(病名) / いいえ	
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、医師の診察を受けましたか。	はい(病名) / いいえ	
これまで間質性肺炎、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	
今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい 回くらい 最後は 年 月頃 / いいえ	
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しん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(薬または食品の名前) / いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい / いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどに かかった方がいますか。	はい(病名) / 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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか。	ある(具体的に) / いいえ	
(女性の方のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい / いいえ	

医師 記入欄	以上の質問及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人または保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度に ついて説明しました。 医師署名又は記名押印 _____
-----------	--

本人記入(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)

医師の診察・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。

平成 年 月 日 本人目著 \_\_\_\_\_

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	医療機関名: 品川イーストクリニック 医師名:
製造(ロット)番号	0.5 mL	接種年月日:

# インフルエンザ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、正確な情報を得る為に大切なものです。

責任を持って記入しましょう。

## インフルエンザの効果と副反応

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、痛くなること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、

下痢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)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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、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, 今までにひきつけ(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、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。