

インフルエンザ予防接種予診票

【任意】

(1歳未満～13歳未満用)

整理番号記入欄									生年 月日	年	月	日生	診察前の体温	
受ける人の氏名								満	歳	カ月			度	分
								保護者の氏名						
住所	八代市						電話番号							

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明を読みましたか	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	
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 出産後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	いいえ	はい	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	いいえ	はい	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
①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	
②インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、血液疾患、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	いいえ	はい	
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いわれましたか	はい	いいえ	
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たことはありますか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	いいえ	はい	
そのときに熱がでましたか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	いいえ	はい	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いいえ	はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類()	いいえ	はい	
近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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・見合わせる)
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

医師の署名又は記名捺印 ()

保護者の記入欄

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・同意しません)

保護者の署名 ()

インフルエンザワクチン	接種量	実施場所		接種月日	
Lot No.	(皮下接種)			1回目	2回目
ワクチン有効期限		予診・接種医師名			
	ml				

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あたって、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、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

<ワクチンの効果と副反応>

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、感染しても症状が軽くすみ、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

ワクチン接種による副反応としては、発熱、発疹、じんましん、かゆみなどがあります。非常にまれですが、次のような副反応がみられることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、(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、(7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少、(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など）、(9) 間質性肺炎、(10) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）、(12) ネフローゼ症候群。なお、副反応による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または家族が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方>

- ① 明らかに発熱がある方（37.5℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある方は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え判断を仰いでください）
- ④ その他、医師に予防接種を受けることが不相当と判断された方

<次の方は接種前に医師にご相談ください>

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患及び血液疾患などの基礎疾患のある方
- ② 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- ③ 今までに、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ④ 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ⑤ 過去に免疫不全と診断されたことがある方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑥ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
- ⑦ 妊娠の可能性のある方又は妊娠している方
- ⑧ 発育が遅く、医師や保健師に指導を受けている方

<接種を受けた後の注意>

- ① 接種後30分間はアレルギー反応が起こることがあるので、病院にいるなどして医師と連絡を取れるようにしておきましょう
- ② 接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう
- 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。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう
- ④ 接種後の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすることはやめましょう
- ⑤ 高熱やけいれんなど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ください