カルテNo.＿＿＿＿＿＿＿＿

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は、太枠内を**ボールペン**でご記入ください

診察前の体温	度

住所		TEL	
（ふりがな）		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日生
受ける人の氏名			
（保護者の氏名）		男 ・ 女	（満　　歳　　ヶ月 ）

質　問　次　項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
3.【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある（具体的に）	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪い所がありますか。 また、1週間以内に37.5℃以上の発熱などの症状はありましたか。	ある（具体的に）	ない	
5. 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	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ、麻しん、風しん、 水痘、おたふくかぜなどにかかったかたはいますか。	いる（病名）	いない	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	ある（予防接種名）	ない	
9. 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。	はい（予防接種名・症状）	いいえ	
10. 過去に特別な病気（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、医師の診察を受けたことがありますか。	はい（病名）	いいえ	
11. 過去にひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	ある（　　）回くらい 最後は （　　）年（　　）月頃	ない	
12. 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。	ある	ない	
13. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、 体の具合 が悪くなったことはありますか。	ある	ない	
14. 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。	いる	いない	
15.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか。（第　　週）	はい	いいえ	
16. その他、健康状態の事で医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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押印：**

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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** ）

本人署名（18歳未満の方は保護者の署名）：

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
名称：　インフルエンザHAワクチン メーカー名： LotNo：	（皮下接種） ☐　0.25ml （6か月以上3歳未満） ☐　0.5ml （3歳以上）	実施場所：　レイクタウンたけのこ耳鼻咽喉科 医師名： 接種日時：　令和　　年　　月　　日

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザワクチンの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、裏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ください。

◆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、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることがあります。また、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、消化器では嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退など、筋・骨格系では関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎なども報告されています。強い卵アレルギーのある方は、重篤な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ください。非常にまれですが、次のような副反応があらわ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 週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）、(5)けいれん（熱性けいれんを含む）、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)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）、(10)間質性肺炎、(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ください。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方◆

1. 明らかに発熱している方（通常 37.5℃を超える場合）
2. 重い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方、又は過去にその他の原因でアナフィラキシーを起こした方は、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、医師に予防接種を受けない方がよいといわれた方

◆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方◆

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などがある方
2. 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方
3. かぜなどの症状が出はじめたと思われる方
4. 予防接種を受けたとき 2 日以内に発熱のみられた方及び発疹、じん麻疹などのアレルギー疑う症状がみられた方
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある方
6. 過去にひきつけ（けいれん）を起こしたことがある方
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方
8. 妊娠している方
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方

◆ワクチン接種後の注意◆

1. 接種後 30 分間は、急な副反応が起こることがあります。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支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調に変化が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。