

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

1回目・2回目

太線の枠内を記入もしくは○でかこんでください。
お子様の場合は保護者の方が記入してください。

住 所		TEL	診察前の体温		度	分
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	() -		
(保護者の氏名)						

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説明を読み理解しましたか。	はい	いいえ	
今日、普段と違って体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 (病名)	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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。 病名 ()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	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疾患と診断されたことがありますか？	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
【お子様の場合】分娩時、出産時、乳児健診などで異常がありましたか。 出生体重 () g	はい	いいえ	
【女性の方に】現在妊娠していますか。	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。
本人または、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用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

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応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）。

※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

署名 (代筆者の場合：続柄)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所	耳鼻咽喉科・小児科さんさんクリニック
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	医師名	
	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	接種年月日	年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用します。

インフルエンザの予防接種を受けられる方へ

ワクチンの効果と副作用

インフルエンザ HA ワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。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、小水疱などがみられることがあります。数日以内に自然に消失します。また稀ですが、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、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。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦があらわれることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。非常に稀ですが、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（蕁麻疹、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) 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（IgA 血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、(12) ネフローゼ症候群など。不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

予防接種を受けるときの注意

- ① ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう。
- ② 当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認して下さい。
- ③ 予診表は医師への大切な情報です。正確に記入しましょう。
- ④ 予防接種を受ける方がお子様の場合、母子手帳を持っていきましょう。

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 度 5 分以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 過去にワクチンに含まれる成分で、アナフィラキシー（接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や

全身性のじんましんなどを伴うアレルギー）を起こしたことがある人。

（他の医薬品投与でアレルギーを起こした事がある人は、予防接種を受ける前にお医者さんにその旨を伝えて、判断を仰いでください。）

- ④ 医師より免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人。
- ⑤ 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。

予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気など基礎疾患がある人。
- ② 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人。
- ③ 風邪などの引き始めと思われる人。
- ④ 前回の予防接種を受けた際 2 日以内に発熱、発疹、などのアレルギーを疑う症状が見られた人。
- ⑤ 薬の投与または食事で皮膚に発疹が出たり、身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 過去に免疫不全と診断されたことがある人および、近親者に先天性免疫不全の人がいる人。
- ⑧ ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人。
- ⑨ 妊娠の可能性がある人。
- ⑩ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人。

予防接種を受けたあとの注意

- ① ワクチン接種後 30 分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんにすぐ連絡を取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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は控えましょう。
- ④ 万一、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。

耳鼻咽喉科・小児科 さんさんクリニック

