


インフルエンザ予防接種予診票

※ 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をご記入下さい。

2回接種の予定（13歳未満）の方 

1回目

2回目

診察前の体温

度 分

☆太枠の中のみ記入して下さい。

| 住所 | | | 電話 () | |
|--|---------|---------------|--------------------------|-------|
| ふりがな | 受ける人の氏名 | 男 女 | 生年 大・昭・平・令 | |
| (保護者の氏名) | | | 月日 年 月 日生 年齢 (歳 ヶ月) | |
| 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 |
| 今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み理解しましたか | | はい | いいえ | |
| 本日、普段と違って具合の悪いところがありますか | | ある (具体的に) | ない | |
| 今までに特別な病気 (先天性疾患、免疫不全、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患など) にかかったことがありますか | | ある (病名) | ない | |
| ご家族の中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 | |
| 薬や食品 (特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの) で皮膚に発疹や蕁麻疹が起きたり、体の具合が悪くなったことがありますか | | ある (薬・食品名) | ない | |
| 今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 予防接種名 () | | ある (具体的に) | ない | |
| 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 () | | はい | いいえ | |
| けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか あれば、いつごろですか () | | ある | ない | |
| 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、風しん、水痘 (みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか | | はい | いいえ | |
| 【女性の場合】 現在妊娠している可能性がありますか はい の場合 産婦人科医の予防接種の許可はありますか? | | はい 現在 週 | いいえ | |
| 【お子さんの場合】 (発育歴についてお尋ねします) 分娩時・出生後・乳幼児健診などで異常がありましたか | | はい | いいえ | |
| その他、健康状態のこと、医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。 | | | | |
| 予診の結果、今日の予防接種を受けますか (受ける ・ 見合わせる) | | 署名 (本人または保護者) | | |

医師の記入欄

| | | | |
|-------------------------------|------------|--------|---|
| 問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) | | 医師のサイン | |
| 使用ワクチン名 | 接種量 ml | 接種年月日 | 実施場所・医師名 |
| 製造 (ロット) 番号 | 0.25 / 0.5 | 年 月 日 | 医療機関名：めばえこどもクリニック TEL 011-770-5160 医療機関住所：〒002-8071 札幌市北区あいの里1条3丁目4-8 医師名：有岡 秀樹 |

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、表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下さい。

[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。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る人
 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がある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

[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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ちましょう。注射した部位をこすりはやめましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等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下さい。