

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

任意接種用

*接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

住 所		TEL () -	
フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日の予防接種について、案内書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 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	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名 ()			
治療 (投薬など) を受けていますか。	はい	いいえ	
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	いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
6. 薬や食品で皮膚に発疹やじん麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
7. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
8. ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9. 最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
10. 心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名 ()			
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	いいえ	
11. 最近 1 カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名 ()			
12. 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。 本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。 医師の署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄
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することを希望します。また、接種に伴い予診票に記載されている個人情報を収集することを了承します 署名 (代筆者の場合: 続柄) なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザワクチン ☐ Meiji ☐ 田辺三菱 Lot No. :	皮下接種 ☐ 0.5mL (3歳以上)	実施場所 : 横浜未来ヘルスケアシステム よこすか浦賀病院 医師名 : 接種日時 : 年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみに使用いたします。

インフルエンザ予防接種のご案内

インフルエンザワクチンの接種に当たって、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、この案内書をよく読んで理解したうえで予診票に記入し、診察を受けてください。

1 インフルエンザ予防接種の効果と接種時期、そして予防

インフルエンザワクチンは、その年の流行を予測して製造されます。インフルエンザワクチンは、感染を完全に防ぐことはできませんが、ウイルスが身体に侵入したときの発病防止や重症化防止に有効であることが確認されています。

接種時期についてはワクチン接種を受けてから身体の抗体ができてくるまで2週間程度を要することと、インフルエンザワクチンの流行が通常12月下旬から3月上旬が中心なので、12月中旬ころまでに接種することが望ましいでしょう。

インフルエンザの症状は、普通の風邪に比べて全身症状が強いのが特徴です。気管支炎や肺炎などを合併し重症になることが多いのも特徴です。インフルエンザは空気中に拡散されたウイルスによって感染しますから、人込みに行くときはマスクを着用し、手洗いとうがいを励行するようにしてください。また、十分な栄養と休息をとって体調を整え、室内の加湿に心がけましょう。

2 インフルエンザ予防接種を受けるにあたってのご注意

(1) 一般的な注意

- ア わからないことや気になる点があったら、医療機関で接種を受ける前に聞いてください。
- イ 前日は、入浴（シャワー）をして身体を清潔にしましょう。
- ウ 接種当日は、体調に変わりがないか確認し、調子が悪いと思ったらやめる勇気を持ちましょう。
- エ 接種に出かけるときは、家族に一声かけましょう。
- オ 予診票は、接種する医師への大切な情報です。責任をもって記入してください。

(2) 予防接種を受けることができない人

- ア 明らかに発熱している人（一般的に体温が37.5℃以上の場合）
- イ 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ウ インフルエンザワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシー（接種後30分以内に起こる重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある人
- エ その他、医師が接種不適当な状態であると判断したとき

(3) 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

- ア 心臓病、腎臓（じんぞう）病、肝臓病や血液その他の慢性の病気で治療を受けている人
- イ 風邪などのひきはじめと思われる人
- ウ 以前にインフルエンザの予防接種を受けたときに、2日以内に発熱・発疹・蕁麻疹など、アレルギー症状と思われる異常が見られた人
- エ 薬の服用や注射などにより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
- オ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- カ 今までに中耳炎や肺炎によくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある人
- キ 今までに間質性肺炎、気管支喘息等と診断されたことのある人
- ク インフルエンザワクチンの成分または鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対してアレルギーがあると言われた人

(4) 予防接種を受けない場合

医師の説明を十分に聞いたうえで、ご本人が接種を希望しなかった場合、家族やかかりつけ医の協力を得てもご本人の意思の確認ができなかったため接種をしなかった場合、当日の体調等により接種をしなかった場合において、その後、インフルエンザに罹患、あるいは罹患したことによる重症化や死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

3 インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時に他の病気がたまたま重なって起こることがあります。

予防接種の注射の部位が赤みを帯びたり、はれたり、傷んだりすることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。また、わずかながら熱が出たり、頭痛、全身のだるさなどがみられたりすることもあります。通常2～3日のうちに治ります。また、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、意識障害の症状が現れる等の報告がある他、非常にまれですが、ショックや蕁麻疹、呼吸困難などが現れることがあります。接種後、症状が強く現れたら、医師の診察を受けてください。

インフルエンザワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問合せ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル

電話：0120-149-931(フリーダイヤル)

URL：<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください
