

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種ご希望の方は、太枠内にご記入下さい。

※お子様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。

		診察前の体温	度	分
住所	〒	TEL ()	—	
フリガナ		生年月日		
受ける方の氏名		S・H・R	年	月 日
(保護者の氏名)		歳	ヵ月	
			男・女	

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について説明(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2	(お子様の場合)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	
3	今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	2回目(前回接種日: /)	1回目	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
5	最近1カ月以内に風邪症状を含む病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
	その時、熱が出ましたか。	はい(解熱日: /)	いいえ	
6	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 治療(投薬など)を受けていますか。	はい(病名) はい(薬名)	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	
7	今までに特別な病気(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ていますか。	はい(病名)	いない	
	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	いいえ	はい	
8	1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくなどにかかった方はいますか。	いる(病名)	いない	
9	今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	ある(歳頃)	ない	
	その時、熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10	薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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。	ある(薬または食品の名前)	ない	
11	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
12	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。	ある(予防接種名・症状)	ない	
13	(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい(週)	いいえ	
14	今日の予防接種について質問や健康状態のことで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。			

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(実施できる・見合わせる)と判断致します。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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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(高校生以下は保護者が自筆署名)

(代筆者の場合: 続柄)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
名称: インフルエンザHAワクチン メーカー名/Lot No.:	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 0.25ml	実施場所: ひまわり小児科 医師名: 深澤 ちえみ 接種年月日: 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下さい。お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

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ています。

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、嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ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。非常にまれにですが、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、血管浮腫等)②急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害等)③ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害等)④痙攣(熱性痙攣を含む)⑤肝機能障害、黄疸⑥喘息発作 このような症状が認められたり、疑われた場合にはすぐに医師に申し出て下さい。なお、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救済手続きを行うこととなります。

予防接種を受けることができない人

- ① 明らかな発熱のある人(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事が不適当と判断した人

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 風邪などのひき始めと思われる人
- ④ 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常が見られた人
- 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がある人
- ⑥ 今までに痙攣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 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

- ① インフルエンザワクチンを受けた後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、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。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 万一、高熱や痙攣等の異常な症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

体温測定についてのお願い

- ① 来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入して下さい。

医療機関名

神奈川県川崎市中原区小杉町3-1501-1 セントア武蔵小杉A棟3F

ひまわり小児科 TEL 044-711-0151