

インフルエンザ予防接種予診票

任 意 接 種 用

* 接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

* 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。

診察前の体温

度 分

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

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文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ()回目 前回の接種は(月 日)	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ
4. 現在、何かの病気で医師にかかりていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ
6. これまでに特別な病気(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、医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい()回ぐらい 最後は()年()月頃	いいえ
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなつたことがありますか。	はい 薬または食品の名前()	いいえ
10. 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
11. 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名()	いいえ
12. 1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。	はい 予防接種名・症状()	いいえ
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
15. (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。	はい 具体的に()	いいえ
16. その他、健康状態のことや医師に伝えておきたいことや質問があれば、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(可能・見合わせる) **医師の署名又は記名押印**

本人(もしくは保護者)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、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、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)	本人の署名(もしくは保護者の署名) (※自署できない者は代筆者が署名し、 代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄)
---	--

使 用 ワ ク チ ノ メ リ	用 法 ・ 用 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> デンカ株式会社 カルテNo.	Lot. No. 皮下接種 □ 0.5mL (3歳以上) □ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所: 高橋医院 医師名: 高橋友乃 接種年月日: 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使用致します。

2023年度 インフルエンザワクチン接種にあたって(説明書)

インフルエンザ予防接種予診票を記載前にお読み下さい。

【インフルエンザ予防接種について】

今シーズンのインフルエンザ予防注射は、季節性インフルエンザ A 型 2 株と季節性インフルエンザ B 型 2 株の計 4 種類の混合ワクチンとなっています。

インフルエンザワクチンの有効性は健常者のインフルエンザ発病割合が 70~90% 減少の報告があります。発病を抑える以外に、症状を軽減したり合併症を予防したりする効果もありますのでワクチン接種をお勧めいたします。ただ感染防止に対しては効果が保証されるものではありませんので予防接種をされても手洗い等の感染防止に努めてください。

副反応

インフルエンザワクチンは極めて稀ではありますが、重篤な副作用も起ります。ショック、アナフィラキシー様症状、急性散在性脳脊髄炎、ギランバレー症候群等も重大な副反応として報告されます。多くは局所反応(発赤、腫脹、疼痛など) 全身反応(発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、嘔吐) ですが通常 2~3 日で消失します。

【インフルエンザ予防接種の時期と回数について】

インフルエンザの予防接種の最も効果が期待できる期間は注射後 2 週間から 3~4 ヶ月ですので、流行時期(12 月 ~2 月)を考えて、10 月下旬から 12 月上旬に接種されることをおすすめします。13 歳以上の方は 1 回接種とします。免疫疾患等ある方は医師の判断により 2 回接種する場合があります。

【接種ができない方】

- 1) 明らかに熱がある方、重篤な疾患にかかっている方
- 2) 過去にインフルエンザワクチン接種をうけてアナフィラキシーを起こした方
- 3) 予防接種を行うことが不適当な状態であると医師が判断した方

【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人】

次のいずれかに該当する人は健康状態や体質等を担当医師に伝えよく相談した上で接種をおこなってください。

- 1) 心臓病、呼吸器の病気(気管支喘息を含む)、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害等の基礎疾患有する方
- 2) 予防接種を受けた後に、2 日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギー症状を疑う異常がみられた方
- 3) 今までにけいれんを起こしたことがある方
- 4) 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がおられる方
- 5) 本ワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもので皮膚に発疹がでたり、体に異常をきたすなどのアレルギー反応を起こすおそれのある方
- 6) 妊娠中で体調が悪い方は産婦人科医にご相談ください。

インフルエンザワクチンを受けたあと 15 分間は、急な副反応が起きることがあります。接種後 15 分は様子観察してください。

ワクチン接種当日は過激な運動、飲酒は避け接種部位を清潔に保ち接種後は体調管理をおこなってください。また局所反応、体調の変化、高熱、けいれん等の異常があれば速やかに医師の診察を受けてください。