

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク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。

※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 分

住 所	TEL () -	
フリガナ	男・女	生年月日
受ける人の氏名		年 月 日生
(保護者の氏名)		(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、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 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 特に尋ねていない	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
5. 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名()	いいえ	
6. 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出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬名・食品名()	いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
9. 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 前回の接種(月 日)	はい	
10. 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	
11. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名()	いいえ	
12. 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名()	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ	
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16. 【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重()g	はい 具体的に()	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、 具体的にご記入ください。			

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、副反応及び独立行政法人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に
(同意します ・ 同意しません)。

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
<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン「KMB」 Lot No. : カルテNo. : (販売：Meiji Seika ファルマ株式会社)	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

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、痛くなるがありますが通常は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のある人
- 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のある人
- 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、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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () です 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	