

# インフルエンザ予防接種

予診票

任意接種用

\*接種希望の方は、太枠をご記入ください。

		診察前の体温	度 分
住所	〒	TEL	
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
保護者の氏名		性別	男・女

質問事項	解答欄		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. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 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	
4. 今日、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	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	ある(具体的に)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	ある(具体的に)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪、などにかかった方がいますか	ある(具体的に)	いない	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	ある(具体的に)	いいえ	
9. 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	
① 前回受けたのは ( 年 月頃)	/		
② その際に具合が悪くなったことはありますか	ある(具体的に)	ない	
③ 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	ある(具体的に)	ない	
10. 今までに特別な病気(先天異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか (あるの場合) その病気を見てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	ある(具体的に)	ない	
11. 今までにひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか (あるの場合) ひきつけ(痙攣)を起こしたとき、熱は出ましたか	いいえ	はい	
12. 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がありますか	ある(具体的に)	ない	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	ある(具体的に)	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(具体的に)	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16. 【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えたいことがあれば具体的にご記入ください			

医師記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 可能・見合わせる )  
 本人もしくは保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づき救済について、説明した。 医師の署名または記名押印 ( )

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 )	本人もしくは保護者の署名
--	--------------

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
lot No	(皮下接種)	実施場所:
メーカー名 ( )	<input type="checkbox"/> 0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)	医師名:
	<input type="checkbox"/> 0.5ml(3歳以上)	接種年月日: 年 月 日

## ＜ワクチンの効果と副反応＞

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが現れることがあります。全身症状として、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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。その他、蜂巣炎(細菌による化膿性炎症)、顔面神経麻痺などの麻痺、抹消性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎が現れることがあります。

非常にまれですが、重大な副反応がみられる場合がございます。ショック、アナフィラキシー様症状(発疹、じんましん、赤み(発赤)、掻痒感(かゆみ)、呼吸困難等)が見られることもあります。ショック、アナフィラキシー様症状は、ワクチンに対するアレルギー反応で接種後、比較的すぐに起こることが多いことから、接種後30分間は接種した医療機関内で安静にしてください。また、帰宅後に異常が認められた場合には、速やかに医師に連絡してください。

そのほか、重い副反応(ギラン・バレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、血小板減少性紫斑病、血管炎、間質性肺炎、皮膚粘膜眼症候群等)の報告がまれにあります。ただし、報告された副反応の原因がワクチン接種かどうかは、必ずしも明らかではありません。インフルエンザワクチンの接種後に報告された副反応が疑われる症状等については、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. 接種直前の体温が37.5° C以上ある人
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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
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

## ＜予防接種を受ける際に、お医者さんによく相談しなくてはならない人＞

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
2. 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
3. 風邪などのひきはじめと思われる人
4. 前回の予防接種を受け、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
5. 薬の投与または食事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. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
9. 妊娠の可能性のある人

## ＜予防接種を受けた後の注意＞

1. 接種後30分は病院にいるなどし様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師にすぐ連絡しましょう。
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。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 高熱やけいれんなど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ください。