

インフルエンザ予防接種予診票

		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	昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
(保護者の氏名)				

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	はい いいえ	
2. 今日、普段と違って具合の悪い所がありますか	はい (具体的に) いいえ	
3. 最近1ヶ月の間に何か病気にかかりましたか	はい (病名) 月 日ごろ 現在治療中 治療 いいえ	
4. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか	はい (病名・主治医コメント) いいえ	
5. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい 回 ぐらい 最後は 年 月ごろ いいえ	
6. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい (薬または食品名) いいえ	
7. 2週間以内に予防接種をうけましたか	<u>はい (予防接種名)</u> 月 日ごろ いいえ	
8. 今までに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことがありますか	はい (予防接種名・症状) いいえ	
9. (女性の方に) 現在妊娠していますか	はい いいえ	
10. 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お書きください		

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 医師のサイン
(可能 ・ 見合わせる)

医師の診察を受けて今日の予防接種を受けますか

本人又は保護者の署名

(はい ・ 見合わせます)

使用ワクチン名	接種量	医師名・接種日
インフルエンザHAワクチン	0.5	医療法人 森クリニック
Lot. No.	mL	医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏の予診票に受ける方が責任を持って、正しい情報をできるだけ詳しくご記入下さい。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。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザの発症を予防したり、重症化、合併症を防ぐ効果が期待されます。

一方、副反応として、注射部位が赤くなる・腫れる・硬くなる・熱をもつ・痛くなることがあります。

また、発熱・頭痛・体がだるくなることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので、必ず医師に相談して下さい。

非常にまれですが次のような副反応がみられることがあります。

- 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・痙攣・運動障害・意識障害など）
- ③脳炎・脳症・脊髄炎・視神経炎 ④ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ・歩行障害など）
- ⑤けいれん（熱性けいれんを含む） ⑥肝機能障害・黄疸 ⑦喘息発作 ⑧血小板減少性紫斑病・血小板減少
- ⑨血管炎（IgA血管炎・好酸球性多発血管炎性肉芽腫症・白血球破砕性血管炎など） ⑩間質性肺炎
- ⑪皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）・急性汎発性発疹性膿疱症 ⑫ネフローゼ症候群

予防接種を受けることが出来ない方

- (1) 明らかに発熱している方（通常は、37.5℃を超える場合）
- (2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 過去にインフルエンザワクチンの接種により、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- (4) その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な方

- (1) 心臓血管系疾患・腎臓疾患・肝臓疾患・血液疾患などの基礎疾患のある方
- (2) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状が見られた方
- (3) 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- (4) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全の人がいる方
- (5) 間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器系の病気がある方
- (6) 薬の服用または食事（鶏卵・鶏肉など）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- (7) 発育が遅く、医師・保健師の指導を受けている方（接種される方がお子様の場合）
- (8) 風邪のひきはじめと思われる方
- (9) 妊婦または、妊娠している可能性のある方