

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、**太枠内**をご記入ください。

※接種希望の方は、 太枠内 をご記入ください。			診察前の体温		度		分	
会 社 名			TEL()		—			
住 所								
フ リ ガ ナ			男・女	生年 月 日	年	月	日	生 歳
氏 名								

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今日受けられる予防接種について説明文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	
④現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
⑤最近 1 か月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
⑥最近 1 ヶ月以内に、近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
⑦最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
⑧これまでに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	
【はいの場合】その際に具合が悪くなったことはありますか	ある（症状）	ない	
⑨これまで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はありますか 【ある場合】予防接種名（ ）	ある（症状）	ない	
⑩今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことありますか	ある（具体的に）	ない	
【ある場合】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	
⑪ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	ある（ 回くらい） 最後は 年 月頃	ない	
【ある場合】そのとき熱が出ましたか	はい（ ℃）	いいえ	
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ありますか	ある（ 年 月頃） 現在治療中・治療していない	ない	
⑬薬や食品（鶏卵や鶏肉など）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、食品名）	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（予防接種名）	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【女性のみ】現在妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ	
⑰その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

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 ） 本人に対して、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。	医師の署名又は記名押印
--	--------------------

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。 上記を理解した上で、本日のインフルエンザ予防接種を（ 希望します ・ 希望しません ）	本人の署名
---	-------

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHA ワクチン Lot No.	☒ 0.5mL ☐ 0.25mL	実施医療機関：医療法人財団医親会 マリノクリニック 愛知県名古屋市中区丸の内3-20-17 KDX 桜通ビル 4F 医師名：
		接種日時： 年 月 日 時 分

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

〈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、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわ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が、いずれも通常 2～3 日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大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（じんましん、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、けいれん、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（Stevens-Johnson 症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、（12）ネフローゼ症候群。なお、副反応による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また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になります。

〈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（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5 度以上を目安とする）、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節痛、筋肉痛、下痢、嘔吐、吐気、味覚障害、嗅覚障害等の症状がある方
- 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、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

〈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 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 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
- ④ 前回の予防接種を受けたときに、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 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 薬の投与または食事（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
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後 30 分間は病院にいらして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取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、はげ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、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

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 おこしください	愛知県名古屋市中区丸の内 3-20-17 KDX 桜通ビル 4F 医療法人財団医親会 マリンクリニック