

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は太枠内にご記入ください。

		診察前の体温		度 分	
住 所	〒 - 市 区			TEL - -	
氏 名				性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)				
★現在の年齢で該当する欄に○をつけて下さい。 6 ヶ月～2 歳 ・ 3 歳～6 4 歳 ・ 名古屋市外の 6 5 歳以上 ★名古屋市のクーポン券対象者は該当する年齢に○をつけて下さい。 小学校 6 年生 ・ 中学校 3 年生 ・ 高校 3 年生					

質 問 事 項			回 答 欄	
1	次のページのインフルエンザの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	今日受けるインフルエンザ予防接種は何回目ですか。		2 回目 1 回目接種日 (/)	1 回目
3	今日、具合の悪いところがありますか。 1 週間以内の発熱または、1 ヶ月以内に病気にかかりましたか。		ある (具体的に)	いいえ
4	1 か月以内に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜにかかった方と一緒にいましたか。 ※潜伏期間が 2 - 3 週間あるため、効果が出ないことがあるのでお勧めしません。		はい	いいえ
5	現在、何かの病気にかかっていますか。	はい (病名)	いいえ	
6	今までに熱性けいれん、ひきつけをおこしたことがありますか。 ※ 8 週間以内に初回のけいれん発作があった場合は当院では接種できません。		はい	いいえ
7	薬や食品 (鶏肉、鶏卵など)、予防接種で具合が悪くなったことがありますか。		ある (薬または注射名)	いいえ
8	4 週間以内に何かの予防接種を受けましたか。	接種日 / 予防接種名	いいえ	
9	医師に予防接種を控えるように言われたことはありますか。		はい	いいえ
10	6 ヶ月以内にガンマグロブリンの点滴を受けましたか。 ※投与されている方は効果が出ないことがあるため、当院では接種できません。		はい	いいえ
11	(女性の方に) 現在妊娠していますか。		はい	いいえ
12	(お子さんの場合) 今までに大きな病気はありましたか。		ある (具体的に)	いいえ
13	その他健康状態のことで医師に伝えたい事があれば 具体的に書いて下さい。			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な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) 自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載		

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)

医師の署名又は押印 (担当医師にチェック)

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。□ 猪又雅彦 □ 神谷あかね □ _____

ワクチンロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	皮下接種 □ 0.5 ml (3 歳以上) □ 0.2 5 ml (6 ヶ月以上 3 歳未満)	実施場所： 名古屋市千種区四谷通1-13 ノア四ツ谷1F いのまたクリニック 医師名： □ 猪又雅彦 □ 神谷あかね □ 接種年月日： 年 月 日

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、痛くなること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（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適當と判断した人

[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。