

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

※お子さんの健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

診察前 の体温	度分
------------	----

住所	Tel. () -		
フリガナ	男・女	生 年 月 日	平成 年 月 日生 (歳 カ月)
受ける人の氏名			
(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 今シーズン 1 回目ですか。	いいえ	はい	回目・前回は 年 月 日
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・ 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 はい ・ いいえ	いいえ	
5. 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
6. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい (病名)	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい (年 月ごろ) (現在治療中 ・ 治療していない)	いいえ	
8. これまでに ひきつけ(けいれん)を起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	
9. 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 食品の名前:)	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1 カ月以内に家族や周囲で麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい (病名)	いいえ	
12. 1 カ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	
13. これまでに予防接種を受けて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	
14. (女性の方に) 現在妊娠している、または、可能性はありますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 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	
16. その他健康状態について医師に伝えておきたいことがあれば記入してください。	具体的に		

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) 医師署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)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に基づく救済について説明した。

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。(希望します ・ 希望しません)
平成 年 月 日 保護者の署名 (被接種者との続柄:)

使用ワクチン名	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	皮下接種	実施場所：名古屋市中村区本陣通 5 丁目 112 番地
Lot. No. :	0. 2 5 ml	医師名：公園北クリニック 芳川 博 人
カルテ No.		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、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、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、しびれる、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、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、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪感、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。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申し出てください。

非常にまれですが、次のような重篤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（じんましん・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（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等）⑩間質性肺炎⑪皮膚粘膜眼症候群

（Stevens-Johnson 症候群）⑫ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。なお、健康被害（入院が必要な程度の疾病や傷害など）が生じた場合については、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℃以上の人）
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
又は、過去にその他の原因で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切と判断した人

【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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人 及び 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. これまでにひきつけ（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がある人
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【予防接種を受けた後の注意】

1. インフルエンザワクチンの接種を受けた後 30 分間は、急な副反応が起きることがあります。
接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすりはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。