

インフルエンザワクチン接種予診票

* 太枠内を記入してください。

住 所	〒	自宅電話	()		
		携帯電話	()		
フリガナ		性 別	生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日生
接種者氏名		男・女		平成・令和	満 才 ヵ月
(保護者氏名)				診察前の体温	度 分

質 問 事 項	回 答 欄	はい	いいえ	医師記入欄
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		
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 ()回目 前回の接種は(月 日)	はい		
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		
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		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ		
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血管疾患、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		
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()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ		
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()月頃	いいえ		
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。	はい 薬または食品の名前 ()	いいえ		
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		
1ヵ月以内に家族や周囲でインフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等にかかった方がいますか。	はい 病名()	いいえ		
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい ワクチン名()	いいえ		
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		
(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ		
(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。	はい 具体的に()	いいえ		
その他、予防接種についてご質問はありますか。	はい	いいえ		

医師記入欄	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)			
	本人又は保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副作用並びに予防接種健康被害救済制度 医師のサイン 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。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)				
年 月 日	本人の署名 (もしくは保護者の署名)	*自署できない者や中学生以下が接種者の場合、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載。	続柄	

使用ワクチン	用途・用量	接種場所・医師名・接種日時		
名称 インフルエンザワクチン	皮下接種	医療機関名	馬込中央診療所	
製造番号	<input type="checkbox"/> 0.5mL <input type="checkbox"/> 0.25mL	医師名		
		接種年月日	年 月 日	

インフルエンザワクチン予防接種をご希望の方に

1、インフルエンザと合併症

保菌者のせきやくしゃみにより、空気中に放出されたインフルエンザウィルスを吸い込むと、気道に感染します。感染して1～5日するとだるくなり、急な発熱、のどの痛み、咳、くしゃみなどの症状が出ます。通常は約1週間で治ります。しかし、肺や心臓に病気を持っている方、高血圧、糖尿病、腎臓病のある方、特にお年寄りは、合併症として肺炎、気管支炎を併発して入院する場合があります。注意が必要です。

2、ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみ、重症化し入院することを予防する結果は30～70%程度といわれております。

ワクチン接種に伴う副反応として、**発熱や注射部位が赤くはれたり、硬くなったりします。**発現頻度として発熱は100人に数人、赤くはれたりするのは10人に1人位です。

3、次の方は接種を受けないでください。

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃をこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方。
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシー(ショック状態)を起こしたことがある方。
- 4) その他、医師にワクチンは受けないほうがよいと言われたことがある方。

4、次の方は、接種前に医師にご相談ください。

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患及び血液疾患などの基礎疾患のある方。
- 2) 妊娠している方。
- 3) 前回の予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う症状の見られた方。
- 4) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことがある方。
- 5) 過去にけいれんの既往歴のある方。
- 6) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方。

「インフルエンザワクチン接種予診票」にご記入の上、医師の診察をお受けください。
もし、普段と変わったことがあった場合には医師にご相談ください。