

インフルエンザHAワクチン予防接種申込書・予診票

任意接種用

※接種希望の方へ:太枠内にご記入下さい。

※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をご記入ください。

					診察前の体温	度	分	
住所				TEL ()	-			
フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明治				
受ける人の氏名				大正	年	月	日生	
(保護者の氏名)				昭和	(歳	ヶ月)	
				平成				
				令和				

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書を読んで効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い箇所 ()	はい	いいえ	
3. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で治療(投薬など)を受けていますか 病名 () 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	いいえ	
5. 過去に特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名 ()	はい	いいえ	
6. これまでに間質性肺炎や気管支喘息の呼吸疾患と診断されたことがありますか (年 月頃) 現在治療中ですか	はい	いいえ	
7. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 薬名・食品名 ()	はい	いいえ	
8. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①前回受けたのは (年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありませんか ③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がありますか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
9. 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
10. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか (回ぐらい・最後は 年 頃)	はい	いいえ	
11. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
12. 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	はい	いいえ	
13. 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか (ヶ月) 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	いいえ	
15. (接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるとされたことがありますか	はい	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問があれば 具体的に書いて下さい			

医師の記入欄: 以上の問診および診療の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせたほうがよい) と判断します
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器総合機構法に基づく救済について、説明しました

医師署名又は記名押印 _____

本人記入	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、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) _____ 続柄 () <small>※被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載して下さい。</small>

使用ワクチン名 名称: インフルエンザHAワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
<input type="checkbox"/> 第一三共ワクチン株式会社 <input type="checkbox"/> KMB <input type="checkbox"/> () 製造番号:	皮下接種 (1 ・ 2) 回目 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヶ月以上3歳未満)	医療機関名:医療法人社団壮和会 ゆりの木クリニック 医師名:武藤 剛 接種年月日:令和 年 月 日

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方へ

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、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。
なお、お子さまの場合、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。

ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、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、からだがだるくなることがあります。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(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(ステイブンス・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

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(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)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と相談していただく方

- 1)心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および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みられた方
- 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症の人がいる方
- 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さまの場合)
- 8)かぜなど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

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1)接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2)副反応(接種部位の異常、発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3)接種当日の入浴は差支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 4)接種当日はいつも通りの生活をしましょう。接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

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 おこしてください	