

## インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

\* 太ワクの内にご記入下さい

	診察前の体温	度 分
住所	〒	TEL ( ) -
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男 女
	生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 (満 歳 九月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書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 年 月	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。	はい(病名)	いいえ
・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。	はい ・ いいえ	
・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	
最近1か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、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ
これまでに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	はい( 年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ
これまでにけいれん(ひきつけ)を起したことがありますか。	はい( 回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ
これまでに薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ
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 (予防接種名)	いいえ
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ
最近1か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
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
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りますか。	はい (具体的に)	いいえ

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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした <div style="text-align: right;">                     医師の署名又は記名押印 <span style="float: right;">Ⓢ</span> </div>
---

被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で接種することを ( 希望します ・ 希望しません ) どちらかを○で囲んでください <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     本人の署名                 </div>
---

ワクチンメーカー名、ロット番号	用法・用量	接種場所、医師名、接種年月日			
名称 インフルエンザHAワクチン メーカー名 第一三共ワクチン株式会社 Lot No.	皮下接種 0.5ml L ・ R	医療機関名 医師名 接種年月日	医療法人社団伍仁会 岡本クリニック 2020 年 月 日 時 分		

## インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

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。

### 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(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群

なお、副反応によるけんこうひがい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。

### 予防接種を受ける事が出来ない方

- 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)を起したことがある方。
- 4)その他、医師が予防接種を受ける事が不相当と判断した方

### 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、気管支喘息等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、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2)副反応(接種部の異常、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、接種当時とは激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。