

# インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 度 分

住所	フリガナ			TEL ( ) -
予防接種を受ける人の氏名	男	生年	明治・大正・昭和・平成	
(保護者の氏名)	女	月日	年 月 日生	( 歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 3. 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 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	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1ヶ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	
9. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
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すか 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	ある(症状: ある(予防接種名: (症状: ) ) )	ない ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか ("ある"の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	ある(具体的に)	ない	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ("ある"の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	ある ( ごろ 回くらい ) ( 最後は 年 月ごろ )	ない	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか	ある( 年 月ごろ ) ( 現在治療中・治療していない )	ない	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	ある(薬、食品名)	ない	
14. 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	いる(予防接種名)	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に  
基づく救済について、説明した  
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)
--	-------------------

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン □[ビケンHA] □フルービックHAシリンジ Lot No.	(皮下接種) □ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所 医師名 接種日時 平成 年 月 日 時 分
一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売: 田辺三菱製薬株式会社)		

# インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

## 〈ワクチンの効果と副反応〉

ワクチン接種により、インフルエンザの発症を予防したり、感染しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

ワクチン接種に伴う副反応としては、接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、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・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがあります。いずれも通常 2～3 日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、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、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大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（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できない人〉

- ① 明らかに発熱している方（37.5℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっている方
- ③ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分で、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 妊産婦・授乳中・妊娠の可能性のある方、卵アレルギーのある方、喘息の方
- ⑤ その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

## 〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない方〉

- 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 薬の投与または食事で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- ③ 過去にけいれん（ひきつけ）の既往歴のある方
- ④ 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2 日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- ⑤ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑥ 間質性肺炎等の呼吸器系疾患を有する方
- ⑦ カゼなどのひきはじめと思われる方
- ⑧ 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）

## 〈接種後を受けたあとの注意〉

- ① 接種後 30 分間は、病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応（息苦しさ、じんましん、せきなど）などがあれば、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常 4～5 日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- ④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 副反応（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、高熱やけいれん等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。その際、接種後にお渡しする「インフルエンザワクチンを受けたあとの注意」をご提示いただくとスムーズに診察が受けられます。