



(H28年度 3歳未満) 一般のインフルエンザ予防接種予診票

接種希望の方はカラーで印刷後接種当日に太ワク内をご記入ください。
※白黒の印刷並びに用紙違い又は書き漏れや間違いのある場合は書割が0円となります。

| | | |
|----|---|---|
| 体温 | 度 | 分 |
|----|---|---|

| | | | |
|----------|------------------------|----|--------------|
| 郵便番号・住所 | 〒 | | |
| ふりがな | DM 郵送→今もらっている 今もらっていない | | |
| 受ける人の氏名 | 今後→ 郵送してほしい 郵送不要 | | |
| (保護者の氏名) | 男 | 昭平 | 年 月 日生 (満 歳) |
| | 女 | 電話 | () |

| 質問事項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい) | 回答欄 | | 医師 |
|---|---------------------------------------|-----|----|
| この予診票は一般のインフルエンザワクチン3歳未満の方用の用紙です ご希望のワクチンは一般のワクチンで <u>ご年齢は3歳未満</u> の方ですか? | いいえ <small>別の用紙にご書き直してください</small> | はい | |
| 今日受ける予防接種についての説明文を読み理解しましたか? | いいえ | はい | |
| 今日受けられるインフルエンザは今シーズン何回目ですか? | 2回目 | 1回目 | |
| 2回目の場合、初回接種より2週間以上経っていますか? | いいえ (接種できません) | はい | |
| 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 はいの場合は予防接種名 () | はい <small>月 日に接種</small> | いいえ | |
| 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか ある場合は予防接種名 () | ある (いつ) | ない | |
| 本日、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 | |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか? 病名 () | はい | いいえ | |
| 最近1か月以内に何かの病気にかかりましたか? 病名 () | はい | いいえ | |
| 最近1か月以内に近親者や周辺に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等にかかった方がいますか? いる場合は病名 () | いる (誰?) | いない | |
| 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓病、腎臓、胆臓、血液、脳神経、免疫不全、悪性腫瘍、その他の病気など) にかかったことがありますか (あるの場合) 主治医より今日の予防接種を受けて良いと言われましたか | ある (具体的に) | ない | |
| 今までに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことはありますか? | いいえ | はい | |
| 今までにけいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか あれば (歳ごろ 回ぐらい。最近は 年 月ごろ | はい | いいえ | |
| あるにお答えの場合、ひきつけ (けいれん) の時、発熱しましたか? | はい (°C) | いいえ | |
| 【お子さんの場合】 (発育歴についてお尋ねします) 分娩時・出生後・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、健康状態のこと、医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。

私はこの予診票の裏面記載の注意点を読み、予防接種の効果・副反応等について理解したうえで、接種を希望します
署名 (本人または保護者の方がご署名ください)

平成 年 月 日

お名前 続柄

※自書ができない方は、介護者または、法的保護者が署名し、接種者との関係を記載してください

あゆみクリニックの記入欄

ワクチンシール希望

剤 0.25
デнка
アステラス

青のシリンジ 0.25

1回目: 左

2回目: 右

「お名前は？」名前を聞く

診察の結果、本日の予防接種は (可能・見合わせる)
医療法人社団げんき会 あゆみクリニック
医師署名

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症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。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみ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、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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)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)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson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。

<予防接種を受けるときの注意>

- ①インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に
お医者さんに相談しましょう。
- ②受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
- ③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④お子様や介護を必要とする方をお連れする保護者の方は、当日のお子様の体調などをよく観察していただき、
気になる事はお医者さんへ必ずご報告くださいますようお願いいたします。
- ⑤予診票はお医者さんが予防接種をすることを判断する大切な情報です。安全な接種をするためにも事前
にご自宅に正確に記入し、体温はご自宅を出る直前に検温してご記入ください。(検温してから長時間を過ぎ
ご不安な場合はお医者さんへお申し出ください。その場で検温します)
- ⑥予防接種を受ける方が未就学児の場合、母子手帳を持っていきましょう。
- ⑦小学生以上の方は当院では母子手帳の記載はしない代わりにワクチンのシールを差し上げております。
来院時に受付係り員までお申し出ください。
- ⑧インフルエンザ予防接種を2回接種する方の接種間隔は1回目接種より13歳未満は2週間～4週間
13歳以上は1週間以上あけて接種する様にご予約をお取り下さい。

<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)
- 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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品
投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、
判断を仰いでください)
- ④その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

<予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

- ①発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ②カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻疹(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの
病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ④心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ⑤前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑥今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑧間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑨薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑩妊娠の可能性のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ①接種後30分間は院内にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに
連絡を取れるようにしておきましょう。(アレルギーのある方は、接種終了時間の50分以上前にご予約下さい)
- ②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した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、はげしい運動や大量の飲酒は
避けましょう。
- ⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

医薬品副作用被害救済制度

予防接種法の定期接種によらない任意の接種によって健康被害(医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事・食品衛生審議会(副作用被害判定部会)での審議を経た後、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金などが支給されます。