

インフルエンザ 3歳未満 0.25ml 通常診療時間のみ

※3歳未満は一般のワクチンのみ接種可能です

接種希望の方は接種当日に太ワク内をご記入下さい。

※必ずカラーで印刷して下さい(白黒不可)。

※印刷できない場合は受付時間内にクリニック受付でも無料配布中です。

		体 温		度 分		受付
郵便番号・住所		〒				
ふりがな		男	年 月 日生			
受ける人の氏名		女	(満 歳)			
(保護者の氏名)		氏() - 名()				
質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)		受付	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年齢は3歳未満の方ですか？			いいえ 別の用紙に書き直して下さい			はい
裏面の予防接種についての説明文を読み同意した上で接種を希望しますか？			いいえ			はい
本日コロナワクチンや他の定期予防接種と同時接種を希望しますか？			はい			いいえ
同時接種を希望する種類は何のワクチンですか？ ワクチン名()			それぞれの予防接種に合わせた予診票が必要です			
今日受けられるインフルエンザ予防接種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 期待する効果が得られません			はい
保護者から見て現在、咳・鼻水・のどの痛み・下痢・味覚障害等の症状はありますか？			はい			いいえ
今までに予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか？			はい()			いいえ
本日、普段と違って具合の悪い所はありますか？			はい()			いいえ
最近1ヶ月以内に何かの病気にかかりましたか？			はい(病名)			いいえ
最近1ヶ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？			はい(誰？) 病名()			いいえ
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、その他病気など)にかかった事がありますか？			はい(病名)			いいえ
(はいの場合)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？			いいえ			はい
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？			はい			いいえ
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来の物)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなった事がありますか？			はい(薬・食品名)			いいえ
今までにけいれん(ひきつけ)を起こした事がありますか？			ある			いいえ
ある場合(歳頃、 回目。最近 は 年 月頃、その時発熱は、あり()℃)・なし()			はい(具体的に)			いいえ
【お子さんへ】発育歴についておたずねします。 分娩時・出生後・乳幼児検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、健康状態の事、医師に伝えておきたい事があれば、具体的に書いて下さい。						

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
本人又は保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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上で、接種を希望します。

署名(保護者の方がご署名下さい)

年 月 日

(続柄)

受付

ワクチンロットシール

パ 7777777777

0.25ml KM

ビケ/生検



青のシリアル 0.25ml

接種時に必ず名前を聞くこと

1回目

左

2回目

右

実施場所・医師名・実施年月日(実施を見合わせた場合も記入して下さい)

実施場所

医師名

実施年月日

医療法人社団げんき会あゆみクリニック

院長 藤川 万規子

日付スタンプ

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、注射したワクチンの成分に対する反応が起こり、発赤、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、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、疼痛、内出血、しこり（無菌性膿瘍）などがあらわれることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。

まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難などの全身性のアレルギー症状）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、けいれん、ギラン・バレー症候群（手足のしびれ、筋力の低下）、顔面神経麻痺、脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、多発性硬化症、重症薬疹（Stevens-Johnson症候群、中毒性表皮壊死症）などの重い副反応が報告さ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、呼吸困難など）があらわれた場合、（2）急性散在性脳脊髄炎（ADEM）が疑われる症状（接種後数日以内に出現するけいれん、意識障害など）、（3）脳炎、脳症が疑われる症状（けいれん、意識障害など）、（4）ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行困難など）、（5）けいれん（熱性けいれんを除く）、（6）重症薬疹（Stevens-Johnson症候群、中毒性表皮壊死症など）、（7）急性心筋炎、心膜炎が疑われる症状（胸痛、動悸、息切れなど）、（8）血小板減少性紫斑病（出血、血小板減少）、（9）脳炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性血管炎）、（10）膠原病、腎炎（浮腫、関節痛など）、（11）気管支喘息（発作性の咳、喘鳴、呼吸困難）、（12）ネフローゼ症候群が疑われる症状があらわれた場合は、速やかに医師の診療を受けてください。また、まれに接種後に予防接種法に基づいて手続きを行うことがあります。

〈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適当でないと判断した人
- ⑤ 注射の同意を得られていないお子様 注射は、小さなお子様にとって恐怖心の強い医療行為で時より接種中に大きく泣いたり、暴れたりして針刺事故や他のお子様の恐怖心を招く原因になりますので、お子様へ事前に予防接種効果や目的の説明と同意を得ていないと接種できません。

〈予防接種を受ける際に、お医者さんとは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 かぜなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓、腎臓、肝臓、血液などに疾患のある人および発育障害のある人
- ④ 前回の予防接種で、接種後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
- ⑤ 過去にけいれんを起こし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
- ⑥ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑦ 薬の投与または食物（鶏卵、鶏肉など）で反応が現れたことがあり、体に異常をきたしたことがある人
- ⑧ 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分間は体調に急変などがないか様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんへすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 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。
- ③ 接種当日は普段どおりの生活で構いませんが、激しい運動を避けましょう。また、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 接種した部位に発赤、腫脹、痛みなどが生じた場合、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
- ⑤ 小さなお子様にとって予防接種は、大冒険で大きな決断です。無事にご自宅に付いたら保護者の方が、お子様に対して、抱きしめるなど十分な愛情表現をして「よく頑張ったね」と褒めて差し上げて頂くようお勧め致します。

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。