

インフルエンザワクチン予診票 65 歳未満

太ワク内にご記入ください。お子さんの場合は保護者の方がご記入下さい。		診察前の体温	度 分
受ける人の氏名		昭和・平成 年 月 日生 (歳)	★18歳未満の方は母子手帳を提示ください★ ★母子手帳には何も挟まずお出しください★

質問事項	回答欄	医師記入欄
・ 今日受けるインフルエンザワクチンは今シーズン	1 ・ 2 回目 前回接種 (月 日)	
・ 予防接種の説明文(二枚目)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
・ 今日、体に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。 * 主治医に予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 () はい・いいえ	いいえ
・ 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ()	いいえ
・ ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	ある () 回ぐらい 最後は (年 月) 頃	ない
・ 鶏卵のアレルギーがありますか。	ある	ない
・ 4週以内に <u>インフルザ</u> 以外の予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ()	いいえ
・ これまでにインフルエンザワクチンを受けて 具合が悪くなったことがありますか。	ある 症状 ()	ない
・ アルコール綿で赤くなったことがありますか。	ある	ない
・ 接種部位はどちらを希望しますか。	左腕 ・ 右腕 ・ 希望なし	
・ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたい ことや質問があれば具体的にお書き下さい。		

予防接種の効果や目的、重篤な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。

本人または保護者の署名 _____

医師記入欄： 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は可能であり、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 _____

使用ワクチン Lot.No.・部位	用法・用量	実施場所・接種年月日
<input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)	かえでファミリークリニック 川崎市多摩区長尾5-2-2-101 平成30年 月 日

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。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がご記入ください。この説明書は自宅に持ち帰り保管してください。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防したりすることが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがあります。通常は2～3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節膨張、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸なども起こることがありますが通常は、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、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。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出てください。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難など) (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、白血球破碎性血管炎等) (9)間質性肺炎 (10)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎 (11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 症候群) (12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われたりする場合には、すぐに医師に申し出てください。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又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救済手続きを行うこととなります。

問い合わせ先：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構救済制度相談窓口(<http://www.pmda.go.jp>)
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル フリーダイヤル(0120)-149-931

【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℃以上の人)
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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
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人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 鶏卵で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたりしたことのある人
5. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがある人
6. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
7. 妊娠している人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。一般的に、注射部位が腫れる、硬くなる、熱を持つ、痛くなる、しびれるなどがありますが通常は2～3日で消失します。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や飲酒は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化がある場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。