

インフルエンザ予防接種予診票

接種日 _____ 任意接種用
カルテNo. _____

*接種希望の方へ : 太ワク内を記入・口にレ点して下さい。

診察前の体温 _____ °C

所属健保	(_____)健康保険組合	E-mail	_____
事業所名	_____	生年月日	_____
フリガナ	_____	健康保険証記号 - 番号	_____
氏名	_____	連絡先	_____
住所	〒 _____		

質問事項	回答欄	医師記入
1. 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 <input type="checkbox"/> はい	
2. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に) <input type="checkbox"/> いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名) <input type="checkbox"/> いいえ	
6. 今までに特別な病気(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ていますか。	はい(病名) <input type="checkbox"/> いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	
8. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい _____ 回ぐらい 最後は _____ 年頃 <input type="checkbox"/> いいえ	
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい(薬または食品の名前) <input type="checkbox"/> いいえ	
10. これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい _____ 年頃 <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない <input type="checkbox"/> いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に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) <input type="checkbox"/> いいえ	
12. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい(病名・症状) <input type="checkbox"/> いいえ	
13. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名・症状) <input type="checkbox"/> いいえ	
14. (女性の方に) 現在妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
15. 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、具体的に書いて下さい。		

医師の記入欄 医師の署名
 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)

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 本人の署名
 理解した上で、接種を希望します。
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

使用ワクチン名	インフルエンザHAワクチン	医療機関
Lot.No	_____	医療法人社団 青十字会
備考	_____	日比谷国際クリニック
	健保 _____ 事業所 _____	

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あたって、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、予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防し、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防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、痛くなることがあります。通常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、リンパ節腫脹、嘔吐、下痢、などもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い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下さい。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、アナフィラキシー症状(蕁麻疹、呼吸困難)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肝機能障害、黄疸、⑤喘息発作。このような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 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
- 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、なお他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
- 4 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人

[予防接種を受ける際に、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 カゼのひきはじめと思われる人
- 4 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、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
- 5 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんがあらわれたり、体に異常をきたしたことがある人
- 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がある人
- 8 妊娠の可能性のある人
- 9 気管支喘息のある人

[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。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部位をこすりはやめましょう。
- 3 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。激しい運動や多量の飲酒は避けましょう。
- 4 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。