

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。

住所	TEL( ) -		
フリガナ		男	生年月日
予防接種を受ける人の氏名		女	年月日生(歳)
保護者の氏名			体温 ℃(クリニックで測ります)

質問事項	回答欄		医師記入
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	いいえ	はい	
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	
予防接種を受けるのがお子さんの場合 分娩時、出生時、乳幼児健診で異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
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)	いいえ	
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	
最近1か月以内に発熱や病気にかかりましたか	いつ( ) 病名( )	いいえ	
最近1か月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いいえ	
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	いいえ	
2か月以内にひきつけ(けいれん)を起こしましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
薬品や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり 具合が悪くなったことはありますか	ある(何で)	ない	
本人や近親者が予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか	ある(何で)	ない	
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	
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記入してください(投薬状況など)			
医師記入欄: 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)に予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構に基づく救済について説明した。		医師氏名	印

予防接種の効果や副反応などについて理解した上で予防接種を ( 希望する 希望しない )	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

接種日 ワクチン・ロット 接種量 0.25ml 0.5ml 接種部位 右 左	〒639-1044 奈良県大和郡山市小泉町東3-6-1 電話番号 0743-59-4411 おおさかクリニック
---	---

# 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済みます。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、紅斑、多型紅斑、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まひ、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)血小板減少症性紫斑病、血小板減少(9)血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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(Stevens-Johnson症候群)急性汎発性発疹性膿疱症(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となります。

## (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℃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
- ⑤ 今年度は、妊娠の可能性のある人、1歳未満の人

## (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 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
- ④ 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
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 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

## (予防接種を受けたあとの注意)

- ① 接種後30分は様子を観察し、アレルギー反応などがあればすぐに病院に戻ってください。
- 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ることはやめましょう。
- ③ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 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。