

インフルエンザワクチン予防接種予診票

任意接種用

接種希望の方へ:ボールペンで太枠内にご記入ください。

住所		診察前の体温		度 分	
フリガナ		連絡先(自宅・勤務先・携帯)		-	
氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 生(歳)
※所属部署名/関連会社名		※社員番号		※健康保険証番号	
		・ご家族の方はカッコ内に○印をつけてください。		・家族()	

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種の説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
2. 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 前回は(月 日)	はい
3. 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
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	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ましたか。	はい 病名()	いいえ
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. 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。	ある()回ぐらい 最後は()年()月頃	ない
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましん が出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	ある 薬または食品の名前 ()	ない
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
11. 1か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。	いる 病名()	いない
12. 1か月以内に何かの予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ
13. これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。	ある 予防接種名・症状 ()	ない
14. (女性の方に)現在、妊娠していますか。	はい	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や質問があれば具体的に書いてください。		

医師の記入欄: 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) 医師の署名
本人に対して、予防接種の効果、副反応およ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。

医師の診察・説明を受け、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、接種を希望しますか。	本人の署名
(接種を希望します・接種を希望しません)	自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。

ワクチンメーカー名、ロット番号	用法・用量	実施場所・接種年月日
Lot No.	皮下接種 0.5 mL	東京都千代田区大手町1-7-1 読売クリニック
カルテNo.		接種年月日 年 月 日

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用致します。

クリニック使用欄	ID	診察券	i-call	メモ
	あり なし (新規登録)	※保険証番号が 10 or 15から始まる番号=社員番号 それ以外=9万番台で番号を取る		

■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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くしたり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、副反応に関して、過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、痒痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、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、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽(がいそう)(せき)、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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ください。

非常にまれですが、次のような重大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、血管浮腫など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM):通常、接種後数日から2週間以内に(まれに28日以内に)発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などがあらわれる、(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

このような症状が認められたり、疑われたりした場合は、すぐに医師に申し出てください。なお、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、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になります。詳しくは医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口(0120-149-931)へ。

【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
または過去にその他の原因で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ください
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. かぜなど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. 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)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
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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【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。接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がと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、接種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、普段通りの生活をしましょう。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。