インフルエンザ予防接種予診票

0.25ml	0.5ml
（6カ月～3才未満）	（3才以上）

★本日の接種は何回目ですか？

【1回目 ・ 2回目】←どちらかに○

●1回目接種の日付（ ／ ）←必ず記入してください。

診察前の体温	度 分

（37.5℃以上は接種不可）

※**太線枠内を、ご記入下さい。**お子様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下さい。

住 所		TEL （ ） ー	
フリガナ 受ける方の氏名	（ ）	生年月日	
		（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生	
（保護者の氏名）		（男・女） 歳 ヵ月	

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	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	はい	
2	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？	初めて	はい	
	①その際に具合が悪くなったことがありますか？	はい（具体的に ）	いいえ	
	②インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか？	はい（ワクチン名： ） （症状： ）	いいえ	
3	ニワトリの卵や肉にアレルギーが ありますか？	ある	ない	
4	今までにてんかんと診断されたことはありますか？	ある（最後のけいれんは 年 月頃）	ない	
5	今までに熱性けいれんを起こしたことがありますか？	ある （1回・2回以上・15分以上） 最後のけいれんは（ 年 月頃）	ない	
6	薬や食品（鶏卵・鶏肉以外）にアレルギーがありますか？	ある（ ）	ない	
7	今日、体に具合の悪いところがありますか？	ある（具体的 ）	ない	
8	最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？	はい（病名 ）	いいえ	
9	現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	はい（当院 ・ 他院） （病名 ）	いいえ	
	（はいの方） ・治療（投薬）など受けていますか？	はい	いいえ	
	・1か月以内の手術の予定はありますか？	はい	いいえ	
10	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	いない	
11	これまでに間質性肺炎、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 （現在治療中 ・ 治療していない）	いいえ	
12	1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくなどにかかった方はいますか？	いる（病名 ） いつ（ ／ ）	いない	
13	（女性の方に）現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
14	（13歳以下の方に）分娩・出生時、乳児健診等で異常がありましたか？	はい（具体的に ）	いいえ	
15	今日の予防接種について質問や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。	ある（具体的に ）	ない	

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 ・ 見合わせる ）と判断致します。

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ました。

医師署名又は記名押印 本田 英幸 ㊞ ㊞

本人（保護者）記入欄

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。

（接種を希望します ・ 接種を希望しません）

本人署名（中学生以下は記載の必要なし）

保護者署名（高校生以下は保護者が自筆署名）

使用ワクチン名		実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名.Lot No：	カルテNo.	実施場所： 国領駅前耳鼻科 医師名 本田 英幸 接種年月日：令和 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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

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。蜂巣炎に至った症例の報告があります。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、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪寒、怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、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（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）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（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等）、（10）間質性肺炎、（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、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。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になります。

独立法人　医薬品医療機器総合機構法に基づく救済とは
医薬品副作用被害救済制度は、医薬品を適正に使用したにも関わらず発生した副作用による健康被害を受けた方に対して、
医療費の給付を行い、被害を受けた方の迅速な救済を図ることを目的とした制度で医薬品医療機器総合機構法に基づく公的な制度です。

当院で予防接種を受けることができない方

① 明らかな発熱のある人（37.5℃を超える人）、1週間以内に37.5℃以上の発熱があった人
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のある人
※過去にその他原因でアナフィラキシーを起こしたことのある人は、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 卵・鶏肉のアレルギーをお持ちで、インフルエンザワクチンの予防接種を初めて行う人
⑤ 溶連菌、手足口病、突発性発疹などの疾患にかかり治癒後1週間経っていない人
⑥ おたふくかぜ、水痘、風疹などの疾患にかかり治癒後2週間、麻疹にかかり治癒後4週間経っていない人
⑦ 輸血後、グロブリン注射接種後3か月経っていない方
⑧ 今までに複数のけいれん、15分以上のけいれんを起こしたことのある人
⑨ その他、医師が予防接種を受ける事が不適当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師と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 風邪などのひき始めと思われる人
④ 予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常が見られた人
⑤ 薬の投与又は食事（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のある人
⑥ 今までに熱性痙攣を起こしたことのある人は、ワクチン接種後の副反応における発熱にご留意してください。
ワクチン接種自体に熱性けいれんを誘発することはございませんが、副反応の発熱により熱性けいれんが
起こる場合がございますので体調の変化にご注意ください。
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、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

① インフルエンザワクチンを受けた後30分間は、急な副反応が起きる事がございます。
接種後30分間は体調の変化に注意して頂き、急激な副反応が起きた時の為、すぐに医療機関を受診できる場所でお過ごし下さい。
② 接種当日の入浴は接種1時間以降から差し支えありませんが、接種部位を強く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、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
④ 万一、高熱や痙攣等の異常な症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

体温測定についてのお願い

① 来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入して下さい

実施医療機関

東京都調布市国領町3-10-24　レジェンド国領1階
医療法人社団　翔和仁誠会
国領駅前耳鼻科　tel 042-440-1187