インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
※お子さんの接種を希望される場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所			TEL（　　　）　　－	
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日生
（保護者の氏名）				（　　歳　　ヵ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けるインフルエンザの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. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい　具体的に（　　　）	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 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言われましたか	はい　病名（　　　） はい　いいえ　特に尋ねていない	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか	はい　病名（　　　）	いいえ	
5. 特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか	はい　病名（　　　）	いいえ	
6. 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい 薬名・食品名（　　　）	いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか	はい（　　回ぐらい） （最後は　　年　　月ごろ）	いいえ	
8. 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はありますか	はい	いいえ	
9. 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　前回の接種（　　月　　日）	はい	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
11. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか	はい　予防接種名（　　　）	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい　接種日（　　月　　日） 予防接種名（　　　）	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	はい 病名（　　　）	いいえ	
15.【女性の方に】現在妊娠していますか	はい	いいえ	
16.【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか 出生体重（　　　　）g	はい 具体的に（　　　）	いいえ	
17. 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、具体的にご記入ください			

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（　実施できる　・　見合わせた方が良い　）と判断します。
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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。

医師の署名又は記名押印

本人（保護者）記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに
（　同意します　・　同意しません　）。

署名　　　　（代筆者の場合：続柄　　　　）

（なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。）

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
☐ インフルエンザHAワクチン「KMB」 Lot No.：　　カルテNo.： （販売：Meiji Seika ファルマ株式会社）	皮下接種 ☐ 0.5mL（3歳以上） ☐ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満）	実施場所：長野県上田市小島237 医療法人真和会 はやし内科クリニック 医師名：林　洋史 接種日時：　　年　　月　　日　　時　　分

ご記入いただきました個人情報はインフルエンザワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

インフルエンザHAワクチンの接種について

任意接種用

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの接種を希望される場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。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。

副反応としては、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が、数日以内に自然に消失します。また、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、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管性浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、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(蕁麻疹、呼吸困難、血管性浮腫など)、(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(熱性けいれん含む)、(6) 肝機能障害、黄疸、(7) 喘息発作、(8) 免疫性血小板減少症、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(いずれも頻度不明)。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

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HAワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)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ください。
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. 過去に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みられた人
4. 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
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 妊娠の可能性がある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 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。
3. 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。
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ください。

接種予定日	月　日(　　) 当日は受付に　時　分頃 おこしください	**医療機関名**	長野県上田市小島237 医療法人真和会 はやし内科クリニック 林　洋史

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

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
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話：0120-149-931(フリーダイヤル)
URL：https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html