

線枠内をご記入ください。

接種日： 年 月 日

フリガナ 氏名	明・大・昭・平 年 月 日生 満 歳 カ月 男・女
住所 〒 -	診察前の体温 度 分 TEL ( )

質問事項	回答欄	医師記入欄
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。	はい・いいえ	
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	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。 “ある”の場合 具体的に ( )	ある・ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 “はい”の場合 病名 ( )	はい・いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか。 “はい”の場合 病名 ( )	はい・いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、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”の場合 病名 ( )	いる・いない	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか。 “はい”の場合 予防接種名 ( )	はい・いいえ	
今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”の場合 具体的に ( )	ある・ない	
今までに下記のような特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。 先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気 “ある”の場合 具体的に ( )	ある・ない	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか。	はい・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”の場合 歳ごろ 回くらい 最後は 年 月 日 ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか。 はい( °C)・いいえ	ある・ない	
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。 “ある”の場合 年 月 日 現在治療中・治療していない	ある・ない	
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 “ある”の場合 薬・食品名 ( )	ある・ない	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。 “いる”の場合 予防接種名 ( )	いる・いない	
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	
[ご婦人の方に] 現在、妊娠していますか。	はい・いいえ	
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ご記入下さい。(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 <b>可能</b> ・ <b>見合わせる</b>
本人(もしくは保護者)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。	
医師署名 _____	

被接種者の記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解したうえで、今日の予防接種を受けますか。
<b>受けます</b> ・ <b>見合わせます</b>	
署名(本人もしくは保護者) _____	

使用ワクチン： インフルエンザ H A ワクチン	既往症・原因・主要症状・処方・処置等 記入欄	領収確認印
メーカー名：		
Lot No.：		
用法・用量： 皮下接種 0.5ml		
接種場所・医療機関名： 医療法人社団 収賃会 小手指医院 〒359-1155 埼玉県所沢市北野新町1-9-7 電話 04-2949-3118		

# インフルエンザワクチンの予防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すみます。

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、多形紅斑、紅斑、かゆみ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、しびれ感などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。

顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、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、アナフィラキシー様症状（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) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）
- (4) けいれん（熱性けいれんを含む）
- (5) 肝機能障害、黄疸
- (6) 喘息発作
- (7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少
- (8) 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など）
- (9) 間質性肺炎
- (10) 脳炎・脳症、脊髄炎
- (11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson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。

## <予防接種を受けるときの注意>

- ① インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
- ② 受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
- ③ 当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④ 清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤ 予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
- ⑥ 予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

## <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適当と判断した人

## <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 家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦ 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
- ⑧ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人
- ⑨ 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
- ⑩ 妊娠の可能性のある人

## <予防接種を受けたあとの注意>

- ① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- 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ことはやめましょう。
- ④ 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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 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。