

インフルエンザ予防接種予診表

任意接種用

※太枠内のみで記入ください。
※お子さんの場合、保護者をご記入ください。

診察前の体温

| | |
|-----------------|---|
| 住 所 | 電話 () - |
| フリガナ 受ける人の氏名 | 男・女 生年月日 昭和 平成 年 月 日 生まれ (才 ヶ月) |
| 保 護 者 氏 名 | |

| 質 問 | 回 答 [具体的説明] | | 医師記入欄 |
|---|-------------------------------------|-----|-------|
| 1 今日受ける予防接種について、 2枚目の説明を読んで理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 2 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | はい [] | いいえ | |
| 3 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 | はい [] のんでいる薬 [] | いいえ | |
| 4 最近1ヶ月以内に熱が出たり病気になりましたか。 | はい [] | いいえ | |
| 5 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) で医師の診察を受けていますか。 | はい [] | いいえ | |
| 「はい」の場合、主治医に 今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 6 間質性肺炎・気管支喘息等の呼吸器疾患と判断され、 現在治療中ですか。 | はい [年 月頃] 治療中・治療していない | いいえ | |
| 7 近親者に先天性免疫不全の方がいますか。 | はい | いいえ | |
| 8 けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 | はい [回位] 最後は 年 月頃 | いいえ | |
| 9 薬や食品(鶏肉・鶏卵等)で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。 | はい [] | いいえ | |
| 10 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 | はい [年 月頃] | いいえ | |
| ・その際、具合が悪くなったことがありますか。 ・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 [症状:] はい [予防接種名:] [症状:] | いいえ | |
| 11 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・ おたふく風邪等にかかった人がいますか。 | はい [病名:] | いいえ | |
| 12 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい [予防接種名:] | いいえ | |
| 13 (女性のみ) 現在妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| 14 お子さんの場合、分娩時・出産時・乳幼児健診等で 異常がありましたか。出生体重(g) | はい [病名:] | いいえ | |
| 15 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい [病名:] | いいえ | |

| | | |
|-------|--|------|
| 医師記入欄 | 今日の予防接種は、【 可能 ・ 見合わせる 】 本人または保護者に、予防接種の効果・副反応・医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明済み。 | 医師署名 |
|-------|--|------|

| 本人(または保護者)記入 | |
|--|--|
| 医師の診断・説明を受け、予防接種の効果・目的・副反応の可能性等について理解した上で、接種することに同意する。 | |
| 署名 | (代筆者の場合、続柄:) ※被接種者が自著できない場合は、代筆者が署名し、 被接種者との続柄を記入してください。 |

| | | |
|--|--|--|
| 名 称 : インフルエンザHAワクチン メーカー : Lot No : カルテNo : | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
| | 皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3才未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL (3才以上) | 実施場所: 札幌市西区西野3条6丁目2-7 細田こどもクリニック 医師名: 細田昭夫 接種日時: 年 月 日 時 分 |

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、1枚目の予診表にできる限り詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態を把握している保護者がご記入ください。

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、副反応は一般的に軽微です。注射部分が赤くなる・腫れる・硬くなる・熱を持つ・痛くなる・痺れる・小水疱ができることがあります。通常は2～3日で消失します。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・動悸なども起こることがありますが、通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹・蕁麻疹・湿疹・紅斑・多形紅斑・かゆみ・神経系障害として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・眼障害としてぶどう膜炎もまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は、強い副反応を生じる場合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、次のような副反応が出ることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー(蕁麻疹・呼吸困難等)(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・歩行障害等)(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(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等)(9)間質性肺炎(10)脳炎・脳症・脊髄炎(11)皮膚粘膜眼症候群(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、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になります。

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℃を越えている)
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
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等の人
2. 発育が遅く、医師・保健師の指導を受けている人
3. 風邪などのひきはじめと思われる人
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
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がある人
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ことがあるので、医療機関にいる等して様子を観察し、医師とすぐ連絡を取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、注射した部位をこするのはやめましょう。
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下さい。