

インフルエンザワクチン予防接種予診票（6か月～3歳未満）

※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。
 ※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住 所			TEL (_____)	-			
フ リ ガ ナ		男・女	生年 月 日			年 月 日生	
受ける人の氏名						(_____ 歳 _____ カ月)	
(保護者の氏名)							

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. 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	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. 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。	はい 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疹(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子どもさんの場合】 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 ・ 見合わせた方がよい)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。)

実施場所：新潟県見附市今町 6-3-45
 医師名：石川医院 石川直樹・高橋貞佳

用法・用量 皮下接種
0.25ml (6か月以上3歳未満)

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。子供さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

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。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。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) 農圃、農相、脊髄炎、視神経炎、(4) ギランバレー症候群（両手のしびれ、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) 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) ネフローゼ症候群など。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、接種医また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ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーショック（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、ほかの医薬品投与を受けてアナフィラキシーショックを起こした人は、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. 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見られた人
4. 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
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および近親者に先天性免疫不全の人がいる人
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の接種を受けたあと30分は急な副反応（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、注射した部分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。

石川医院のインフルエンザ予防接種時間

月曜日～金曜日 9:00～12:00 16:00～17:30（小児は17:00まで） 土曜日 9:00～12:00（10～12月第3土曜日まで）
13歳以上は1回接種、小児（13歳未満）は2回接種となります。

***65歳以上の方は市町村から配布された色付きの予診票にご記入ください。**