

## インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

\* 接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい。

\* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

住 所		診 察 前 の 体 温	度	分
(フリガナ)	( )	電 話 番 号	( )	-
受ける人の氏名		男	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
(保護者の氏名)		女		年 月 日生
				( 歳 カ月)

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. 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( 回目) 前回の接種は( 月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に( )	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・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 はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名( )	いいえ	
6. これまでに特別な病気（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、医師の診察を受けましたか。	はい 病名( )	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や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( )年( )月頃 ( 現在治療中・治療していない )	いいえ	
8. これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい( )回くらい 最後は( )年( )月頃	いいえ	
9. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しん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 薬または食品の名前 ( )	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	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 予防接種の種類( )	いいえ	
13. これ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。	はい 予防接種名・症状 ( )	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (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。	はい 具体的に( )	いいえ	
16. 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、具体的に書いて下さい。			

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（可能・見合わせる）

本人（もしくは保護者）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、説明した。

医師の署名又は記名押印

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 )

本人の署名（もしくは保護者の署名）

（※自署できない者は代筆者が署名し、  
代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄 ( )

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザH A ワクチン <input type="checkbox"/> フルビックH A シリンジ <input type="checkbox"/> デンカ株式会社	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6カ月以上3歳未満)	実施場所： 函館市石川町 331 番地 1 医療法人雄心会 函館新都市病院 医師名： 接種年月日： 年 月 日
カルテ No.		

# インフルエンザH A ワクチンを接種される方へ

インフルエンザH A ワクチン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、以下のインフルエンザH A ワクチンに関する情報を必ずお読みください。また、予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、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、インフルエンザの感染予防や症状を軽くし、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。ワクチン接種に伴う副反応として、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。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、筋力低下なども起こることがあります。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫なども起こることがあります。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、ぶどう膜炎、振戦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強い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ください。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（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)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（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、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。

## ● 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℃を超える人）
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H A 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相当と判断した人

## ● 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

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ときに、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. 今までにけいれんを起こしたことがある人
5. 過去に本人や近親者で免疫状態の異常を指摘されたことのある人
6. 間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
7. 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
8. 妊娠の可能性のある人

## ● ワクチン接種後の注意

1. インフルエンザH A ワクチンを受けたあと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で、様子を観察し、医師とすぐに連絡をと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、高熱やけいれんなど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 ( )	医療 機関 名	北海道函館市石川町 331-1 函館新都市病院
	時	分頃		

インフルエンザH A ワクチンの接種により、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、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。

問い合わ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  
電話：0120-149-931(フリーダイヤル)  
URL：<https://www.pmda.go.jp>