インフルエンザ予防接種予診票

※下記太枠内にご記入をお願い致します。個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。
※18才未満の方が接種される場合は、保護者の方と同伴願います。

フリガナ		診察前体温	度　　分
氏　名		男 ・ 女	生 年 月 日 昭和・平成・令和　　年　　月　　日(満　　歳)
住　所	〒　　ー		TEL　　－　　－

質問事項	回答欄	
本日、体調の悪いところがありますか	いいえ	はい
現在何らかの病気にかかっている、あるいは1ヶ月以内に病気にかかりましたか →病名:(　　)	いいえ	はい
1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか →病名:(　　)	いいえ	はい
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか →予防接種名:(　　) 前回接種日:(　　)	いいえ	はい
今までに予防接種を受けて、体調が悪くなったことがありますか →予防接種名:(　　)	いいえ	はい
今までに特別な病気(心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、気管支喘息、その他の病気)にかかり、医師の診察(治療・投薬など)を受けたことがありますか、又は治療中ですか。 →病名:(　　)	いいえ	はい
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	いいえ	はい
薬や食品(特に鶏肉・卵等)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体調が悪くなったことがありますか →食品・薬品名:(　　)	いいえ	はい
近親者の方に先天性免疫不全と診断された方がいますか	いいえ	はい
(女性の方) 現在妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか	いいえ	はい
(保護者の方) 接種されるお子様が分娩、出生時や乳幼児健診で異常がありましたか	いいえ	はい
今シーズンのインフルエンザ予防接種は1回目ですか	はい	いいえ
裏面の 「インフルエンザワクチンの接種について」説明文をお読み頂けましたか	はい	いいえ

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ました。

医師の署名:

医師の診察及び説明を受けて、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を希望します

本人(もしくは保護者)の署名:
※未成年の方は保護者の方の署名をお願いいたします。

インフルエンザHAワクチン　ロットNo.		実施場所 :
皮下接種	0.25ml　/　0.5ml	
接種年月日		

〒270-2241
千葉県松戸市松戸新田245-26 グリーンマークシティ松戸新田2F
医療法人社団 千葉白報会 総合クリニック ドクターランド松戸

医療法人 白報会グループ

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたり、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。
予診票は出来るだけ詳しくご記入ください。お子様は保護者の方がご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種をすることにより、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出来ます。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、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節膨張、嘔吐・嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛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、じんましん、湿疹、紅斑、かゆみなど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可能性があります。

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

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なうことになります。

【予防接種を受けることが出来ない方】

1. 明らかに発熱のある方（37.5℃を超える方）や重篤な急性疾患にかかっている方
2. 過去にインフルエンザワクチン接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある方。但し、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方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。
3. 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方

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしなければならない方】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
3. 風邪などのひき始めと思われる方
4. 予防接種を受けた時、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異常がみられた方
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のある方
6. 今までにけいれんを起こしたことがある方
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のある方
8. 妊娠の可能性がある方
9. 気管支喘息のある方

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチン接種後30分は急な副反応が起きることがあります。
   医療機関に居るなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡が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、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。

医療法人　白報会グループ