

インフルエンザ予防接種 予診票

※ 太枠内をご記入ください

(ふりがな) 受ける人のお名前		男 ・ 女	生年 月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)
電話番号	- -			
住所	〒 - -			体温 度 (当日 院内で測定します)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 受けられるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
	1回目	月 日	
2. 普段と違って具合の悪いところはありますか ()	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	いいえ	
その病気について予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか ()	はい	いいえ	
5. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他)にかかったことはありますか ()	はい	いいえ	
その病気について予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
6. 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	はい	いいえ	
7. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか 具体的に ()	はい	いいえ	
8. 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	はい	いいえ	
9. 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 具体的に ()	はい	いいえ	
10. 妊娠していますか(女性の方のみお答えください)	はい	いいえ	
11. 2週間以内に予防接種を受けましたか? 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
12. その他、ご要望・ご質問・伝達事項などあればご記入ください			

以上の問診・診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)	医師サイン
--	-------

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・同意した上で、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません) ご本人(もしくは保護者)のサイン
※ 13歳~18歳のお子さんと当日保護者の方が同席できない場合は、上欄に保護者の方のサインが必要です

ワクチン名	接種量・部位	接種場所・医師名・接種日時
	~2歳 0.25mL 右腕・左腕	東京都町田市旭町1-24-1 ままともプラザ町田2階 うみまちこどもクリニック Tel 042-724-0192 医師：大谷 岳人 年 月 日
	3歳~ 0.5mL 右腕・左腕	

インフルエンザワクチンを受けられる方へ

ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、インフルエンザの発症予防や症状を軽くし、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できます。

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。通常は2～3日で消失します。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、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、食欲衰退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。まれに、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫など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 (2)急性散在性脳脊髄炎 (3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎 (4)ギラン・バレー症候群 (5)けいれん (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 (10)間質性肺炎 (11)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。

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になります。

次の方は予防接種を受けることができません

- ① 明らかに発熱のある人 (37.5 度以上)
- 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
- ④ 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人

次の方は接種前に医師にご相談ください

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ② 過去に予防接種を受けたとき、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
- ③ 過去に本人や近親者で免疫の異常を指摘されたことのある人
- ④ 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹や異常をきたしたことがある人
- ⑤ 妊娠の可能性のある人

ワクチン接種後の注意

- ① 接種後 30 分間は急な副反応が起きることがあります。様子を観察してすぐに医療機関にかか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。注射部位をこすることはやめましょう。
- ③ 接種当日はいつもどおりの生活でかまいませんが、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、速やかに医療機関を受診してください。

接種予定日			医療機関名
1 回目	月	日	〒194-0023 東京都町田市旭町 1-24-1 ままともプラザ町田 2 階 うみまちこどもクリニック Tel 042-724-0192 医師：大谷 岳人
2 回目	月	日	