

接種日：

インフルエンザ予防接種 問診票

|              |                        |     |                   |           |    |                                                                                                                                                                       |
|--------------|------------------------|-----|-------------------|-----------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな         |                        | 性別  | 生年月日              |           | 年齢 | 接種量                                                                                                                                                                   |
| 氏名           |                        | 男・女 | 西暦 年 月 日生         |           | 歳  | ▶インフルエンザHA<br><input type="checkbox"/> 0.25mL<br>(6ヶ月～2歳まで)<br><input type="checkbox"/> 0.5mL<br>(3歳以上)<br><br>▶フルミスト<br><input type="checkbox"/> 0.2mL<br>(2歳-18歳まで) |
| JR東日本様<br>情報 | 社員氏名 (※接種者をご家族の場合のみ記載) |     | 接種者区分             | 社員番号 (7桁) |    |                                                                                                                                                                       |
|              |                        |     | 社員ご本人<br>・<br>ご家族 | ____ _    |    |                                                                                                                                                                       |
| 住所           | 〒 _____                |     |                   |           |    |                                                                                                                                                                       |
| 電話番号         | _____                  |     |                   |           |    |                                                                                                                                                                       |

|               |                                                                                                                    |  |                                              |     |       |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|-----|-------|
| 以下の質問にお答え下さい。 |                                                                                                                    |  |                                              |     | 医師記入欄 |
| 1             | 現在の体温をご記入ください                                                                                                      |  | ( _____ °C)                                  |     |       |
| 2             | 本日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか                                                                                      |  | いいえ                                          | はい  |       |
| 3             | 本日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか                                                                                    |  | いいえ ( _____ ) 回目<br>前回の接種 ( _____ 月 _____ 日) | はい  |       |
| 4             | 本日普段と違って具合の悪いところがありますか                                                                                             |  | はい<br>(具体的に _____ )                          | いいえ |       |
| 5             | ① インフルエンザの予防接種で具合が悪くなったことはありますか                                                                                    |  | はい<br>(症状 _____ )                            | いいえ |       |
|               | ② 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<br>(予防接種名 _____ )                         | いいえ |       |
| 6             | 基礎疾患はありますか？<br>・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・血液疾患 ・間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患<br>・ご自身が免疫不全と診断されたり、免疫抑制剤を使用中 ・近親者が先天性免疫不全<br>・その他治療中の持病 |  | はい<br>(具体的に _____ )                          | いいえ |       |
|               | 【”はい”の場合】その病気を診てもらっている医師に、本日の予防接種を受けて良いと言われましたか                                                                    |  | いいえ                                          | はい  |       |
| 7             | ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか                                                                                            |  | はい<br>( _____ 頃 _____ 回くらい)                  | いいえ |       |
| 8             | 薬やニワトリの肉や卵で、アレルギーが出たことはありますか                                                                                       |  | はい<br>(具体的に _____ )                          | いいえ |       |
| 9             | 【お子様】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<br>(具体的に _____ )                          | いいえ |       |
| 10            | 【ご婦人】現在、妊娠していますか                                                                                                   |  | はい                                           | いいえ |       |
| 11            | その他、健康状態のことで医師へ伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください                                                                            |  |                                              |     |       |
| 本人又は保護者記入欄    | 医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解しました。<br><br>本日の予防接種を希望します。                                                           |  | 署名<br>_____                                  |     |       |

|       |                                                   |     |
|-------|---------------------------------------------------|-----|
| 医師記入欄 | 問診・診察をし、接種の効果や副反応などについて説明しました。<br><br>本日の接種は可能です。 | 医師名 |
|-------|---------------------------------------------------|-----|

|                     |      |
|---------------------|------|
| インフルエンザワクチン Lot No. | 接種方法 |
| インフルエンザワクチンHA       | 皮下接種 |
| フルミスト               | 鼻腔噴霧 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 接種医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Tokyo Station International Clinic<br>〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-9-1 JR東日本東京駅構内グランルーフ1F（JR高速バスターミナル隣）<br>TEL: 03-6206-3070 / FAX: 03-6206-3071<br><input type="checkbox"/> 東京ビジネスクリニック エキュート上野<br>〒110-0005 東京都台東区上野7-1-1 エキュート上野3F<br>TEL: 03-6802-8792 / FAX: 03-6802-8793 |

## 【ワクチンの効果と副反応について】

予防接種により、発病を阻止したり、合併症や死亡など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、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、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、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下さい。

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下さい。なお、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又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ことになります。(輸入ワクチンについては、業者が運用する救済制度が適用となります。

## 【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下さい。
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. かぜなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことの 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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

## 【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応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、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。