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 | □ 0.25mL<br>( 6ヶ月以上3歳未満 )<br>□ 0.5mL<br>( 3歳以上 ) |
| 電話番号 | －　　－ | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 領収書 | 希望なし　・　希望あり | 宛名 | ※ 領収書の再発行はいたしませんので、大切に保管して下さい | | |

| | 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 | (　　℃) | | |
| 2 | 本日受けられる予防接種について裏の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 | 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 | |
| 5 | 本日普段と違って具合の悪いところはありますか | はい<br>(具体的に　　) | いいえ | |
| 6 | 現在お身体のどこかに痛みはありますか | はい<br>(部位　　) | いいえ | |
| | 【”はい”の場合】本日痛みに対しての受診を希望されますか | はい | いいえ | |
| 7 | 以下の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>(　　) | 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 | |
| | これまでに医師から診断された病気や手術歴がありますか | はい<br>(　　) | いいえ | |
| 8 | 現在服用中のお薬はありますか | はい<br>(　　) | いいえ | |
| 9 | 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 | |
| 10 | 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 | |
| 11 | 【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 | |
| 12 | 【女性の方】現在、妊娠の可能性はありますか | はい | いいえ | |
| | 現在、授乳中ですか | はい | いいえ | |
| 13 | 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 | | | |
| | 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>**本日の予防接種を希望します。** | **ご署名**（本人が16歳未満の場合は、保護者署名） | | |

| 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>**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 | **接種医療機関** |
|---|---|---|
| | 皮下接種 | |

**【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が、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適当と判断した人

**【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。