

インフルエンザ予防接種 問診票

接種日：

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	<input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)
(保護者の氏名)				<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)
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	℃		
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 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 (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 (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 (予防接種名)	いいえ	
6	基礎疾患はありますか? ・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 ・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 ・その他治療中の持病	はい (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 (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 (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 (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。 本日の予防接種を希望します。		署名 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____	

本日発行する領収書の宛名と但書につき、希望がございましたら以下にご記載下さい。指定がなければ個人名で発行致します。	
宛名	但書

※ 領収書の再発行はいたしませんので、大切に保管していただくようお願い致します。

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。 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	

インフルエンザHAワクチン

インフルエンザ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、下痢、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、かゆみ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(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、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)、(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HA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のある人
- 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HA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。

インフルエンザHA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:<http://www.pmda.go.jp>