

インフルエンザ予防接種 予診票

※下の表の太線内を記入するか○で囲んで下さい。

診察券番号

フリガナ			
受ける人の氏名	(男・女)		保護者氏名
受ける人の生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(歳 か月)
住 所			

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日(診察前)の体温は何度ですか	度 分		
今日受ける予防接種について配られている説明書を読みましたか	よまない	よんだ	
今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
【お子さんがワクチンを接種する場合】			
生まれた時 または 生まれてから 異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()	ある	ない	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:)	はい	いいえ	
今までに麻しんや風しんの予防接種を受けたことがありますか。あるいは麻しん や風しんにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、 川崎病、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
”はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けてはいけないといわれましたか	はい	いいえ	
輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 月) 頃	はい	いいえ	
”はい”と回答した場合、そのときに熱はありましたか	なかった	あった	
薬や食品で発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか 予防接種名()	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
お子さんの中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	
【ご婦人のかたに】 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合()	はい	いいえ	

予診医の意見

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 年 月 日)

医師のサイン

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

希望しません

希望します

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した上で、
接種を希望しますか

本人・保護者サイン

ワクチン製造会社名 及び LOT 番号	Lot No.	接種量 (皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mL	医療機関名	ユーカリが丘アレルギーこどもクリニック
有効期限	平成 年 月 日	(6か月以上3歳未満)		
接種年月日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	接種医師名	

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当たって、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。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、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、食欲減退、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、蕁麻疹、湿疹、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、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(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(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(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎等)、(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。(1)から(12)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又は近親者が、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。

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ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーをお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. カゼ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、発しん、蕁麻疹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)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
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. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 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。
4. 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。
5. 万一、高熱やけいれん等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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	ユーカリが丘アレルギーこどもクリニック