

インフルエンザ予防接種予診票

医療法人大杉医院

★受診前に体温を測定し、必要事項を記載して下さい。

★予防接種費用は税込4,000円です。

★接種後は副反応が出る可能性がありますのでしばらく院内に留まるようお願いいたします。

氏名		生年月日	昭平	年	月	日
住所		性別	男・女	年齢		歳

接種希望の方へ：太枠内をすべて記入して下さい。

体温 . °C

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか	いいえ	はい
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ（ 回目）	はい
今日、体に具合の悪い所がありますか	ある（具体的に）	ない
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名： ） 服薬中ですか（はい・いいえ）	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい（病名： ）	いいえ
今までに特別な病気（心臓血管系・腎疾患・肝疾患・血液疾患・免疫不全症・その他）にかかり医師の診察を受けていますか	いる（病名： ）	いない
近親者に先天性免疫不全症と診断された方がいますか	はい	いいえ
今までに、けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか	ある（ 回くらい） 最後は 年 月頃	ない
薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬または食品名： ）	ない
気管支喘息や間質性肺炎などの呼吸器系疾患と診断され現在治療中ですか	はい	いいえ
これまで予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある（予防接種名： ） 症状	ない
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	ある（病名）	ない
1か月以内に何かの予防接種を受けましたか	はい（予防接種名： ）	いいえ
（女性の方に）現在妊娠していますか	はい	いいえ
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に記載して下さい		

裏面の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 （接種を希望します ・ 接種を希望しません）	本人または保護者署名
---	------------

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果今日の予防接種は（可 ・ 不可） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した	医師署名または記名捺印
--	-------------

使用ワクチン	用法・容量	実施場所・医師名・実施日
	皮下接種 0.5 mL	実施医療機関 医療法人大杉医院 医師名 大杉 順一

インフルエンザワクチンの接種について（裏面）

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、表面の予診票に出来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下さい。

【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、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、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(蕁麻疹、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、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)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等)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson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。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾患や障害など)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。

- 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、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、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出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。