

インフルエンザ予防接種問診票

任意接種用

※ 接種希望の方へ **太枠内**にボールペン（鉛筆書きは×）でご記入ください。

当院は
 はじめて 2回目以降（診察券番号 ）

当日の体温を記入してお持ちください。

体温	度	分
当日、ご連絡のとれる番号 Tel () -		
男	昭和・平成・令和	日生
女	(歳 ヶ月)	

住所	〒
ふりがな	
氏名	
保護者氏名	

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今日受け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	
2. 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。	2回目（1回目 月 日）	1回目	
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	いる（病名） 薬を飲んで（いる・いない）	いない	
5. 最近1カ月の間に何かの病気で医師にかかりましたか。	はい（病名） 月 日頃	いいえ	
6. 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、呼吸器疾患、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けていますか。	はい（病名）	いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8. 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	
9. 薬や食べ物（鶏肉・鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	ある（薬、食品名） いつですか？	ない	
10. 過去にインフルエンザワクチンを接種したことがありますか？	はい	いいえ	
11. 予防接種を受けて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	
12. 1か月以内に近親者や周囲で麻しん（はしか）、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる（病名）	いない	
13. （女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14. （接種を受けられる方がお子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。出生体重（ ）g	ある（具体的に）	ない	
15. 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書いてください。			
16. 予防接種の効果や副反応について理解したうえで、接種を希望しますか。	はい ・ いいえ		本人または保護者の署名

※ 20歳未満は保護者の署名が必要です。

以上の問診の結果、今日の予防接種は （ 可能 ・ 見合わせる ）
 医師署名 藤元 貴啓

使用ワクチン名	摂取量	実施場所	藤元内科ファミリークリニック
Lot.No	<input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 0.25ml	医師名	藤元 貴啓
		接種日時	令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種について

【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・吐気、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、急性汎発性発疹性膿疱症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、疑われた場合すぐに医師に申し出て下さい。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または近親者が、独立行政法人薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うこととなります。

【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、他の医療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. 薬の投与または食事（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後30分間は、急な副反応が起きることがあります。
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る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。