



インフルエンザ予防接種問診票

1 回目・2 回目

住所	〒 —	電話番号	— —	体温	℃
(フリガナ) 氏名	()	男 ・ 女	西暦 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)		

今日受けるインフルエンザ予防接種について、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) 前回の接種は 月 日	/	はい
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名、治ゆ日 (月 日)	はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名、治ゆ日 (月 日)	はい	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類、接種日 (月 日)	はい	いいえ
生まれてから今までに先天性異常、心臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 麻しん、風しん、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	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 () 歳頃	はい	いいえ
その時に熱が出ましたか	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか	はい	いいえ
近親者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
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ
6か月以内に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
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて
理解した上で接種を希望します

保護者又は本人自署： (続柄)

使用ワクチン名	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 インフルエンザ Lot. No.	(皮下接種) ☐ 0.25 ml ☐ 0.5 ml	実施医療機関 かるがも藤沢クリニック 医師名 接種年月日 年 月 日

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、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、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる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、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、消化器症状として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります（いずれも頻度不明）。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、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、重篤な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、次のような重篤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（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)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、(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。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。

【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℃以上の人）
- 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、又は過去にその他の原因で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、かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
- 4、予防接種を受けたときに、2日以上発熱のみられた人および発しん、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）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
- 6、これまでにひきつけ（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がある人
- 8、妊娠している人
- 9、間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

- 1、インフルエンザワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2、接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- 3、接種当日はいつも通りの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
- 4、万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。