

任意接種用

		診察前の体温	度	分
住 所	〒	TEL（ ）－		
フリガナ 受ける方の氏名	（ ）	生 年 月 日		
		(S・H・R)	年	月 日生
(保護者の氏名)		(男・女)	歳	ヵ月

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	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	
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。	いいえ(前回接種日： /)	1回目	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・治療(投薬)など受けていますか。	はい() はい ・ いいえ (薬名：)	いいえ	
5	1か月以内に、風邪症状を含む病気にかかりましたか。 その際に発熱しましたか。	はい(発症日： /) はい(解熱日： /)	いいえ いいえ	
6	今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい(病名)	いいえ	
7	これまでに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか。	はい()年()月頃 (現在治療中 ・ 治療していない)	いいえ	
8	これまでに痙攣(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい()回くらい 最後は()年()月頃	いいえ	
9	薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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ことがありますか。	はい(薬または食品の名前)	いいえ	
10	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	
11	1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくなどにかった方はいますか。	はい(病名)	いいえ	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい(予防接種名・症状)	いいえ	
13	(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14	(お子様の場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい(具体的に)	いいえ	
15	今日の予防接種について質問や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下さい。			

医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄	
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か。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)	
(高校生以下は保護者が自筆署名	(代筆者の場合:続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所：こすぎ耳鼻咽喉科クリニック
メーカー名/Lot No.:	☐ 0.5ml	医 師 名：金井 憲一
カルテNo.:()	☐ 0.25ml	接種年月日:令和 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下さい。お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入下さい。

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ています。

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、発疹、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下さい。非常にまれにですが、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）（接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害等）③ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害等）④痙攣（熱性痙攣を含む）⑤肝機能障害、黄疸⑥喘息発作 このような症状が認められたり、疑われた場合には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 明らかな発熱のある人（37.5℃を超える人）・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ② 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のある人
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。
- ③ その他、医師が予防接種を受ける事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 風邪などのひき始めと思われる人
- ④ 予防接種を受けた時に、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見られた人
- ⑤ 薬の投与又は食事（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
- ⑥ 今までに痙攣を起こしたことのある人
- 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。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、高熱や痙攣等の異常な症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

体温測定についてのお願い

- ① 来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入して下さい。

医 療 機 関 名

神奈川県川崎市中原区小杉町3-1501-1 セントア武蔵小杉A棟3F
医療法人社団 翔和仁誠会
こすぎ耳鼻咽喉科クリニック TEL 044-722-8733