

インフルエンザ予防接種問診票

フリガナ

受診者氏名

年齢

歳 男性・女性

以下の質問にお答えください。

1. 本日の体温はどれくらいですか。	℃	
2. 本日、普段と違って具合の悪いところはありませんか。	ある ()	いいえ
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	いる(病名:) (薬品名:)	いない
4. 全身倦怠感、発熱、下痢、体重減少傾向、紫斑がでしやすいなどの症状がありますか。	ある	ない
5. 今までに痙攣(けいれん)、ひきつけを起こしたことがありますか。	ある: 回位 最後は 年 月頃	ない
6. 今までに予防接種で発熱・発疹などが出たことがありますか。	ある	ない
7. 他に予防接種を受けて、具合が悪くなった事がありますか。	ある(予防接種名) (いつ頃)	ない
8. 本日より2週間以内にコロナワクチン予防接種を受けられましたか。	はい (接種日 月 日)	いいえ
9. 本日より2週間以内にコロナワクチン予防接種の予定がありますか。	はい (接種予定日 月 日)	いいえ
10. 6ヶ月以内に他の予防接種を受けられましたか。(コロナワクチンを除く)	はい(予防接種名) (いつ頃)	いいえ
11. 今までに心臓病、腎炎、肝炎などやその他の重い病気にかかったことがありますか。 また、現在治療中ですか。	ある はい	ない いいえ
12. アレルギー体質と言われたことがありますか。 例: 食べ物、薬、喘息、アトピー性皮膚炎など	ある()	ない
13. 鶏卵、鶏肉など鶏に関するアレルギーがありますか。	ある	ない
14. 消毒薬にアレルギーはありますか。	ある	ない
15. 女性の方に 現在妊娠の可能性はありますか。	ある	ない

以下、診療所使用欄

医師による作用・効果・副反応の説明	実施済	未実施
医師の判定	接種 可	接種 不可

年 月 日

医師名

印

インフルエンザワクチンの接種について

《予防接種前にご理解いただきたいこと》

インフルエンザワクチン接種は、発症の予防や、症状を軽くするために行われますが、一定の割合で副反応が現れる場合があります。注射部位での発赤・腫脹・疼痛や、全身反応としての発熱・悪寒・頭痛・倦怠感などの症状が見られることがあります。通常2～3日中に消失します。ごくまれに、非常に強い副反応（ギランバレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、痙攣、肝障害、喘息発作、紫斑）が報告されています。接種後の死亡例もありますが、ワクチン接種との直接的な因果関係は認められておりません。

当診療所では問診等を通して、医師が十分注意して実施を決定いたしておりますが、接種後の副反応についてもご理解の上、予防接種をお受けくださいますようお願い申し上げます。

多摩海上ビル診療所 院長

【接種不相当者】 接種をうけるのが適当でない者

- ①明らかに発熱している者（37.5℃以上）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③本剤の成分によってアレルギー反応を起こした経験のある者
- ④上記のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にあると医師が判断した者

【接種要注意者】 接種の判断を行うに際し、注意を要する者

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな者
- ②前回の接種で2日以内に発熱・アレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③過去にけいれんの既往、気管支喘息のある者
- ④過去に免疫不全の診断がなされている者
- ⑤本剤の成分または鶏卵・鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーを呈するおそれのある者

インフルエンザ予防接種承諾書

インフルエンザワクチンの予防接種に関し、医師より効果・副反応についての説明を受けた上で、インフルエンザの予防接種を希望します。

年 月 日

〒 _____

住所

電話連絡先

氏名

未成年者の場合

保護者氏名

印

代筆者の氏名

接種を受ける方との
続柄（ ）