

インフルエンザ予防接種予診票

※太枠内をご記入ください

診察前体温	度 分 ※37.5℃以上ある時は接種できません	受付メモ: 東振協・みずたま・豊ヶ丘・TK	
フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成・令和)	
氏名	男・女	年 月 日生 (満 歳)	
住所	〒	連絡先 ()	

質問事項(必要事項を記入のうえ、お答えのどちらかに「○」印をつけてください)	回答欄	医師記入
①裏面のインフルエンザの予防接種説明書を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
②インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
1. その際に具合が悪くなったことはありますか(症状:)	はい いいえ	
2. インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	はい いいえ	
③現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬等)を受けていますか。 病名: 薬品名:	はい いいえ	
(ある場合)その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい いいえ	
④心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことや免疫不全と診断されたことがありますか。(病名:)	はい いいえ	
⑤今日、普段と違って具合が悪いところがありますか。 症状:	はい いいえ	
⑥薬や食品などで重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの:	はい いいえ	
⑦けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
⑧4週間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	
⑨女性の方 現在妊娠している可能性はありますか。(妊娠 週)	はい いいえ	
⑩消毒薬にアレルギーはありますか?	はい いいえ	

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(口可能・口見合わせる)	医師署名又は記名押印
-------	-----------------------------------	------------

インフルエンザ予防接種希望書	
医師の診察・説明を受け、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。 (口接種を希望します・口希望しません) ※どちらかにチェックをしてください。	
この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。 接種を受ける方の署名	
保護者記入欄 (18才未満の方は保護者の同伴が必要になります)	
医師の診察を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で 接種することに (口同意する・口同意しません) ※どちらかにチェックをしてください。	
この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。 保護者自署の署名	
代筆者の氏名	(続柄:)
※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。	

使用ワクチン名	接種量	担当医療機関 : 接種日時
インフルエンザHAワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	皮下接種 0.5 mL	実施場所 東京都多摩市鶴牧2丁目1番地1 多摩東京海上日動ビル 中央館1階 医療法人財団医親会 多摩海上ビル診療所 接種日時 20 年 月 日

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み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。

医療法人財団医親会 多摩海上ビル診療所 院長

【接種不適合者】接種を受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

【予防接種を受けた後の注意】

- ①ワクチン接種後30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳等)が起きることがあります。様子を観察してください
- ②接種当日は、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう
- ③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
- 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ください

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人医薬品医療機器合機構法に基づいて、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問合せ先は下記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
電話: 0120-149-931 (フリーダイヤル)

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

URL: <http://www.pmda.go.jp>