

インフルエンザ予防接種予診票（小児科用）

☆

1回目				診察前体温		度		分	
2回目（1回目		月		日）					
住所		〒		-		TEL		() -	
(フリガナ) 接種を受ける人 の氏名		()		男・女		生年月日		平成令和 年 月 日生 (満 歳 か月)	
保 護 者 氏 名									
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を読んで理解しましたか。				いいえ				はい	
② 分娩時、出生時、乳児健診などで異常がありましたか。				(ある、具体的に)				ない	
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。				(はい、病名)				いいえ	
※ ⑤ 最近1か月以内に病気にかかりましたか。				(はい、病名)				いいえ	
⑥ 1か月以内に家族や遊び仲間に、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。				(いる、病名)				いない	
※ ⑦ 1か月以内に予防接種を受けましたか。				(はい、予防接種名)				いいえ	
⑧ 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか。 その病気をみてらっている医師に予防接種を受けても良いと言われましたか。				(ある、具体的に) はい				ない いいえ	
⑨ 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 その時熱がでましたか。				ある、(歳頃) はい				ない いいえ	
※ ⑩ 鶏卵、鶏肉にアレルギーがありますか。 その他の食品や薬に対して発疹、じんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことはありますか。				はい はい、具体的に ()				いいえ いいえ	
⑪ 近親者に免疫不全と診断されている方はいますか。				はい				いいえ	
⑫ これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。 インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか。				はい はい はい				いいえ いいえ いいえ	
⑬ （女性）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。				はい				いいえ	
⑭ 今日の予防接種について質問がありますか。				はい				いいえ	

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる） 医師の署名又は記名押印

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づき救済について、説明した。

藤 井 肇 印

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。

本人の署名（もしくは保護者の署名）

（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ） （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。 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
インフルエンザHAワクチン メーカー名・ロット番号	皮下接種 □0.5ml （3歳以上） □0.25ml （6ヶ月以上3歳未満）	実施場所： 広島市安芸区畑賀二丁目14番1号 広島市医師会運営・安芸市民病院 医 師 名： 藤 井 肇 接種日時： 年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

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、小水疱などがみられることがあります。蜂巣炎に至った症例の報告があります。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、消化器として、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) 急性散在性脳髄膜炎(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、血小板減少
- (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. 以前インフルエンザの予防接種を受けた際に、2日以内に発熱、発疹、じんましんなど、アレルギーと思われる異常がみられた人
4. 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。
5. 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. 予防接種後、2日以内に発熱のみられた人。予防接種後発しん、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. 今までにひきつけ(けいれん)を起したことがある人
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. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

【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。
医療機関にとどまるなどして、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ましょう。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を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

【新型コロナウイルスワクチンとの接種間隔について】

1. 新型コロナウイルスワクチンとの同時接種が可能となりました。
接種間隔についての規定は特にありません。