

インフルエンザ予防接種予診票

接種希望の方へ 下記の太枠の中をご記入ください。

お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住所	電話 ( )		診察券番号
(フリガナ)	( )	性別	明・大・昭・平・令 年 月 日
受ける人の名前		生年月 男女	歳 ヶ月
保護者署名 <small>接種者が未成年の場合</small>			
質問事項		回答欄	
現在の年齢で該当する欄に○をつけてください。 6ヶ月～2歳 ・ 3歳～64歳 ・ 65歳以上 ※公費対象(例 65歳以上)の方は専用の問診票をご利用ください。		体温	℃
1. 今日受ける予防接種の説明・裏面を読んで理解しましたか？		いいえ	はい
2. 今日受ける予防接種は		2回目 (1回目接種 / )	1回目
3. 今日、具合の悪いところがありますか？ または1ヶ月以内に病気にかかりましたか？		ある (具体的に)	ない
4. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどにかかった方が いますか？※潜伏期間が2から3週間あるため、その場合は効果が出ないことがあるのでお勧めしません。		ある (病名)	いない
5. 現在、何かの病気にかかっていますか？		はい (病名) 薬を飲んでいますか (いる・いない)	いいえ
6. 初回の熱性けいれんを8週以内に起こしましたか？ ※8週以内に初回のけいれん発作歴がある場合は接種をお勧めできません。		はい	いいえ
7. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)、予防接種で具合が悪くなったこと がありますか？		ある (薬または注射名)	ない
8. 4週間以内に他の予防接種を受けましたか？		はい 予防接種名： 接種日 /	いいえ
9. (女性の方に) 現在、妊娠していますか？※妊娠16週以降の方のみ接種可能		はい 週	いいえ
10. 分娩時、出生児、乳児健診で異常があり、予防接種を控えるよ うに言われたことがありますか？		ある (具体的に)	いいえ
11. 6ヶ月以内にガンマグロブリンの点滴を受けましたか。 ※投与されている場合は効果が出ないことがあるためお勧めしません。		はい	いいえ
その他、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 ください。			
★12歳までのお子さんは2-4週間後に2回目の接種を受けることをお勧めします。		すべての質問にチェックで きましたか？□はい	
★当院では、糖尿病の血液検査(血糖、HbA1C、尿検査)は当日結果がわかります。			
使用ワクチン名	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月～2歳)	医師名・細田俊樹	
インフルエンザ HA ワクチン	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳 以上)		
LotNo.	<input type="checkbox"/> 用法 : 皮下接種 12歳までは2回接種	接種日時: R 年 月 日	

実施場所 千葉県長生郡長生村本郷 7293 TEL0475-36-7011



内科 小児科 皮膚科 糖尿病内科

あまが台ファミリークリニック

## 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あたり、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、表面の予診票にでき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、インフルエンザ感染を予防したり、症状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、熱を持つ、痛くなることがありますが、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、下痢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、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など)(2)急性散在性脳脊髄炎(摂取後数日～2 週以内の発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害など)、(3)ギランバレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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また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手続きを行うこととなります。

### 【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℃を越える人)
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。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ください。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

### 【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. 風邪などの引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、じんましんなどのアレルギーを疑う異常が見られた人
5. 薬の投与または食事(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がある人
6. 今までに痙攣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. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

### 【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザを受けた後 30 分間は、急な副反応が起こることがあります。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取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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ちましょう。注射した部位をこすることはやめましょう。
4. 万一、高熱や痙攣など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。



内科

小児科

皮膚科

糖尿病内科

あまが台ファミリークリニック