

インフルエンザ予防接種 予診票

※太枠内にご記入ください

住所	(TEL:)	男・女	体温	°C
ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (才)
氏名				

質問事項	回答欄		【医師使用欄】
ご住所が横浜、藤沢、鎌倉市のいずれかで、且つ年齢が65歳以上ですか？	はい	いいえ	
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	
今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズンは1回目ですか？	いいえ	はい	
今日、体の具合の悪いところはございますか？	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか？ (病名:)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ (病名:)	はい	いいえ	
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、医師の診察を受けましたか？ (具体的に)	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ	
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？ (時期や回数など)	はい	いいえ	
薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ (薬・食品名:)	はい	いいえ	
これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸系疾患と診断されたことがありますか？	はい	いいえ	
今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがございますか？	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか？	はい	いいえ	
1ヶ月以内に何かの予防接種を受けましたか？(予防接種名:)	はい	いいえ	
【御婦人の方へ】現在、妊娠をしていますか？	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ご記入ください。			

【医師署名欄】

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) 医師署名: _____

署名(本人または代理人)

私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で接種を希望します。

(代理人の場合、本人との関係: _____)

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種日	医師名
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	接種場所: ホームケアクリニック横浜港南	ホームケアクリニック 横浜港南
Lot No.	3才以上0.5ml	接種日: 令和 年 月 日	印
	2才以下0.25ml		

 カルテ入力 会計入力

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

<ワクチンの効果と副反応>

ワクチンの接種により、インフルエンザ感染を予防したり、たとえ感染しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、多形紅斑、紅斑、かゆみなどがあらわれることがあります。全身症状として、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、関節痛、筋肉痛など、また局所症状として、接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感などが認められることがあります。いずれも通常 2～3日 で消失します。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難、血管浮腫など)、(2) 急性散在性脳脊髄炎(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) ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4) けいれん(熱性けいれんを含む)、(5) 肝機能障害、黄疸、(6) 喘息発作

<予防接種を受けるときの注意>

- ①インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前にお医者さんに相談しましょう。
- ②受ける前日は入浴(またはシャワー)をして、体を清潔にしましょう。
- ③当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤予診票はお医者さんへの大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
- ⑥予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

<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)
- 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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください)
- ④その他、お医者さんが予防接種を受けることが不相当と判断した人

<予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人>

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ②発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ③カゼなどのひきはじめと思われる人
- ④前回の予防接種を受けたときに、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症状がみられた人
- 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今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑧家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻疹(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない人
- ⑨妊娠の可能性のある人
- ⑩気管支喘息のある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ①接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ②接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③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。
- ④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。ただし、はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。

「医薬品副作用被害救済制度」とは

独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)に基づく公的制度です。病院・診療所で処方された医薬品、薬局などで購入した医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による入院治療が必要な程度の疾病や日常生活が著しく制限される程度の障害などの健康被害について救済給付を行う制度です。