

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種

接種希望の方へ : 太枠内にご記入ください

お子さまが接種する場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください

診察前の体温 度 分

フガナ 受ける人の氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
(お子さまが接種する場合) 保護者氏名		年齢	歳	ヶ月		
住所		電話番号				

質問事項	回答欄 ○をつけて下さい		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み理解しましたか	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何回目ですか	1回目	2回目	
今日具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
最近、1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	具体的な症状:
薬を飲んでいますか	いる	いない	病名:
1ヶ月以内に家族や友達に、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	いる	いいえ	病名:
1か月以内に予防接種をうけましたか	はい	いいえ	予防接種名
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、 脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、川崎病、その他)にかかり 医師の診察を受けていますか	はい	いいえ	病名:
病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	最後は
その時熱がでましたか	いいえ	はい	歳 ヵ月頃
薬や食品で発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	薬または食品名
間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	予防接種名 症状
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか	はい	いいえ	
お子さまが接種する場合 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある	ない	具体的に
ご婦人に: 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
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		医師署名欄	
診察所見	問題なし ・ あり ()		
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)			
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く救済について説明した			
保護者または 本人記入欄	医師の説明を聞き、予防接種の効果、副反応の可能性について理解した上で接種を希望しますか	希望する	希望しない
		保護者または本人署名欄	

インフルエンザHAワクチン	接種量	接種年月日	実施場所: 〒167-0051 東京都杉並区荻窪5-27-5-6F
Lot.No.	3歳未満 0.25ml 3歳以上 0.5ml	平成 年 月 日	かわさき小児科 川崎洋子 TEL 03-5347-0630 FAX 03-5347-0633

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過(肺炎、死亡など)をたどることがあり、注意が必要です。

2. ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化して入院することを防ぐ効果が期待されます。

ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。(1)ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、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)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など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群。

3. 次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃をこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患を有する方
- 7) 妊娠している方
- 8) 出生時に未熟児で発育の悪い方(接種される方がお子さまの場合)
- 9) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)

5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 5) 接種当日はいつも通りの生活をしてください。但し接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

「インフルエンザHAワクチン接種予診票」(裏ページ)にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。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等をご覧ください。

接種 予定 日	月 日()です 時 分頃までにおこしてください。	医療 機 関 名	
---------------	------------------------------	-------------------	--

来院前確認票

【お子さまについて】

お名前	ID	
希望の予防接種	インフルエンザ1回目	インフルエンザ2回目
予約日時	月	日 時 分
確認事項	回答欄	当院記入
来院前の体温	℃	
2週間以内にコロナの疑いのある人と接触がありましたか	なし あり	
2週間以内に人混みに出かけたことがありますか	なし あり	

【付き添いの保護者様について】 混雑をさけるため、お子様1人につきお付き添いの方1人でお願いします。
体調のよい方がマスク着用してお連れください。

お名前	お子さまとの関係	
	父	母 祖父 祖母 他
連絡先電話番号		
確認事項	回答欄	当院記入
来院前の体温	℃	
2週間以内に発熱等の体調不良はありましたか	なし あり	
あった場合の状況		
2週間以内にコロナの疑いのある人と接触がありましたか	なし あり	
2週間以内に3密となる出来事がありましたか	なし あり	

【持ち物について】

確認の✓をお願いします。	当院記入
<input type="checkbox"/> 予診票	
<input type="checkbox"/> この確認票	
<input type="checkbox"/> 診察券・医療証・保険証	
<input type="checkbox"/> 母子手帳	
<input type="checkbox"/> 現金 または応援券(対象者) 会計時応援券をお忘れの場合は全額現金となります	
<input type="checkbox"/> 応援券の表紙にお子様ご本人の名前を記入してください。	

確認の✓をお願いします。

- 上記内容を確認いたしました**