

インフルエンザHAワクチン予防接種申込書・予診票

任意接種用

※接種希望の方へ:太枠内に黒ボールペンでご記入下さい。

※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ください。

※接種希望の方へ: 太枠内 に黒ボールペンでご記入下さい。 ※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をご記入ください。				診察前の体温	度	分
住 所				TEL ()	-	
フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明治	年	月生
受ける人の氏名				大正	月	日生
(保護者の氏名)				昭和	(歳	ヶ月)
				平成		
				令和		

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書を読んで効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具合の悪い箇所（ ）	はい	いいえ	
3. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で治療（投薬など）を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ	
5. 過去に特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全、血液疾患、その他）にかかったことがありますか 病名（ ）	はい	いいえ	
6. これまでに間質性肺炎や気管支喘息の呼吸疾患と診断されたことがありますか（ 年 月頃） 現在治療中ですか	はい はい	いいえ いいえ	
7. 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名（ ）	はい	いいえ	
8. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①前回受けたのは（ 年 月頃） ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名（ ）	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
9. 1ヵ月以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
10. けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか（ 回ぐらい・最後は 年 頃）	はい	いいえ	
11. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
12. 近親者の中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	
13. 1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
14. （女性の方に）現在妊娠していますか（ ヶ月） 主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
15. （接種される方がお子さんの場合に）あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があると言われたことがありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問があれば 具体的に書いて下さい			

医師の記入欄：以上の問診および診療の結果、今日の予防接種は（ 実施できる ・ 見合わせたほうがよい ）と判断します
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器総合機構法に基づく救済について、説明しました

医師署名又は記名押印

本人記入	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、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 （ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	本人の署名 （もしくは保護者の署名） _____ 続柄（ ） ※被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載して下さい。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：インフルエンザHAワクチン		
☐ KMB ☐ 田辺三菱 ☐ () 製造番号：	皮下接種（ 1 ・ 2 ）回目 ☐ 0.5mL(3歳以上) ☐ 0.25mL(6ヶ月以上3歳未満)	医療機関名： 勇村医院 医 師 名： 八木 啓子 接種年月日：令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの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、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症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、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫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、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、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、小水疱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。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。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（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（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12) ネフローゼ症候群。なお、副反応による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）
- 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適当と判断した人

〈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 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
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 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
- 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 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 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
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

〈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ことはやめましょう。
- ③ 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。
- ④ 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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日() 時 分頃 当日は受付におこしください	〒545-0021 大阪市阿倍野区阪南町 5丁目25-17 勇村医院