

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。
 ※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。

住 所		TEL () -	
フリガナ		男・女	生年 月 日
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			

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(表面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に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) 薬をのんでいますか(いる・いない)	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
6. 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ていますか。	いる(病名)	いない	
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
7. これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しん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。	ある(薬または食品の名前)	ない	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状)	ない	
12. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、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	
13. 最近1ヵ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	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重 ()g	ある(具体的に)	ない	
16. 今日の予防接種について質問がありますか。	ある(具体的に)	ない	

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(実施できる・見合わせた方が良い)と判断します。
 本人または保護者に対して、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ました。

医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに
 (同意します・同意しません)。

署名 (代筆者の場合: 続柄) (なお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・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン メーカー名: デンカ生研株式会社 (販売: 武田薬品工業株式会社)	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	実施場所: こたけ小児科 医師名: 小竹 武志
Lot No.: カルテNo.:		接種日時: 平成 年 月 日 時 分

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、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)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)、(9)間質性肺炎、(10)脳炎・脳症、脊髄炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群)。

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がある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 気管支喘息のある方
- 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 分頃までにおこし下さい。	医 療 機 関 名	
---------------	--------------------------------	-----------------------	--

監修：北里大学 北里生命科学研究所 ウイルス感染制御学研究室 教授 中山哲夫