

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、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住 所	TEL (_____) _____ - _____		
フリガナ		男	生 年 月 日
予防接種を受ける人の氏名		女	年 月 日 生 (_____ 歳 _____ ヶ月)
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ (_____ 回目) 前回の接種は (_____ 月 日)	はい	
3. 【予防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	ある (具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
7. 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	いる (病名)	いない	
8. 最近1ヶ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	
9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	ある (症状: _____)	ない	
10. 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	ある (予防接種名: _____) (症状: _____)	ない	
11. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある (具体的に)	ない	
(“ある”の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	はい	いいえ	
12. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	ある (_____ ごろ _____ 回くらい) (最後は _____ 年 _____ 月 _____ 日)	ない	
(“ある”の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか	はい (_____ °C)	いいえ	
13. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか	ある (_____ 年 _____ 月 _____ 日) (現在治療中・治療していない)	ない	
14. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) 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	ある (薬、食品名)	ない	
15. 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	いる (予防接種名)	いない	
16. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
17. 【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
18. 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記入ください (投薬状況など)			

医師の記入欄：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、副反応およ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。

医師の署名又は記名押印 **亀田愛樹** (印)

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)

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> [ビケンHA] <input type="checkbox"/> フルービックHAシリンジ Lot No.	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	実施場所	〒665-0034 宝塚市小林5丁目4-19 かめだこどもクリニック 医師名 亀田愛樹
一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売：田辺三菱製薬株式会社)		接種日時	年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

インフルエンザワクチン接種にあたっての注意事項(任意接種用)

宝塚市

1 季節性インフルエンザワクチンについて

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、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合併症や死亡を予防する効果が期待されます。

2 副反応について

副反応として、注射部位の発赤、腫脹、疼痛等や、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。2～3日中に消失します。重大な副反応としてはショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難、血管浮腫等)・急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(0.1%未満)やギランバレー症候群・けいれん・肝機能障害・黄疸・喘息発作・ネフローゼ症候群・視神経炎(頻度不明)があらわれる等の報告があります。ワクチンの製造過程で発育鶏卵が使用されますが、鶏卵成分は精製段階で除去されています。しかし、卵アレルギーが明確な人や、卵アレルギーの有無が不明な人(これまでに卵を食べた経験のない乳児など)が接種する場合は、医師とよく相談してください。鶏卵、鶏肉にアナフィラキシー(顔面蒼白、呼吸困難等の症状)がある人は、接種を受けることができません。

3 受ける前の注意

(1) 予診票は、受けられる方の健康状態をよく把握するために必要な資料です。お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

(2) 次の人は、インフルエンザの予防接種は受けられません。

- ・明らかな発熱を呈している人
- ・重篤な急性疾患にかかっている人
- ・接種しようとする接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人
- ・その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

(3) 次の人は、インフルエンザの予防接種を受けるに際し、医師とよく相談してください。

- ・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
- ・前回の予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
- ・過去にけいれんの既往のある人
- ・過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ・接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人

(4) インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンの接種間隔の規定はありません。

4 受けたあとの注意

(1) 接種後は、接種部位を清潔に保ってください。

(2) 接種当日は、激しい運動は避けてください。

(3) 普段と変わりなければ接種当日の入浴は差し支えありませんが接種部位をこするのはやめてください。

(4) 接種後1週間は、副反応の出現に注意してください。

(5) 抜歯、手術等は緊急の場合を除き、接種後1か月は避けてください。

(6) 接種後、局所の異常反応や体調の変化が起こった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

5 予防接種健康被害救済制度について

任意接種の場合は、予防接種法に基づかない接種となるため、健康被害については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。予防接種法に比べて救済の額が概ね半分(医療費・医療手当・葬祭料については同程度)となっています。

救済制度についてのご相談及び詳細は独立行政法人医薬品医療機器総合機構にご相談いただくか、ホームページをご覧ください。

◇救済制度相談窓口 電話番号 0120-149-931 ・ 03-3506-9411

受付時間 月～金(祝日・年末年始を除く) 9時～17時

◇ホームページ <https://www.pmda.go.jp>

※健康被害が生じた場合は、宝塚市立健康センター(0797-86-0056)までご連絡ください。