

インフルエンザ予防接種の予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

※お子さんの場合は、健康状態をよく把握されている保護者をご記入ください。

来院直前の体温

(37.5℃以上接種不可)

度 分

住所	〒		TEL () -
フリガナ		男・女	生年月日： 西暦 年 月 日
受ける方の氏名			(歳 カ月)
保護者の氏名 (受ける方が16歳未満の場合)			

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(別紙)を読んで理解しましたか？	いいえ	はい	
2. 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 前回接種日(月 日)	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	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか？ ・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか？ 4. ・ その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？	はい(病名) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
6. 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	はい()回くらい 最後は()年()月頃	ない	
7. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	はい 薬または食品の名前 ()	ない	
8. 最近1カ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水とう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか？	はい 病名()	いいえ	
9. 1カ月以内に予防接種を受けましたか？	はい 接種日(月 日) 種類()	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？	はい(予防接種名・症状) ()	いいえ	
11. 【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
12. 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**)

医師の署名又は記名押印

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うえで、今日の予防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 (本人が16歳未満の場合は保護者の方が署名)
---	--

使用ワクチン名	用法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研 (カルテ 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才以上)	実施場所: 上池袋こどもクリニック 医師名: 小林 齡佳 接種日時: 年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用します。

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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下さい。お子様の母子手帳もご持参ください

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、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、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります(いずれも頻度不明)。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。

非常にまれですが、次のような重篤な副反応が起こることがあります。(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、白血球破碎性血管炎等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 症候群)、(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又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救済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℃以上の人)
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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人 又は、過去にその他の原因でアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

[予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人]

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2 日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
6. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

[ワクチン接種後の注意]

1. インフルエンザワクチンの接種を受けたあと 30 分間は、急な副反応が起きることがあります。接種した医療機関に留まるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

<p>当院の予防接種は事前予約制です。</p>	<p>医療機関名</p>
<p>ご予約日時は</p> <p>月 日 ()</p> <p>午後・午前 時 分です。</p> <p>(※備忘的にお使いください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 予約時間の10分前までに受付してください。 ● お子様の場合は、母子手帳も必ずご持参ください。 ● 同日のお薬の処方できません。 	<div data-bbox="598 1803 758 1937" style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">上池袋こどもクリニック 小児科・アレルギー科</p> <p style="text-align: center;">豊島区上池袋4-10-8ソネット上池袋101 TEL : 03-5980-0855</p>