# インフルエンザ予防接種の予診票

			<b>ア</b> 内をご記入くださ €状態をよく把握さ	い。 わている保護者がご記入くだる			<b>前の体温</b> (上接種不可)		度	分
			Ŧ							
	住	所								
							TEL (	)	_	
	フ :	リガナ 				男	生年月日:			
Ê	受ける	方の氏名				· 女	西曆	年	月	E
		者の氏名 16 歳未満の場合)					(		歳	カ月)
			質問事項				回答	欄		医師記入欄
1.	今日受	をける予防接種	について説明文(別	川紙)を読んで理解しましたか?		1	いいえ いいえ( )回目	=	はい	
2.	インフ	ルエンザの予防	坊接種は今シーズン	1回目ですか?			'V'え( )回! ]接種日( 月	•	はい	
3.			いところがありますか				ある(具体的に)		ない	
4.	• •	その場合、治療	医師にかかっていま (投薬など)を受け`	ていますか?	l	まい・1 まい・1	(病名 ハいえ		)   いいえ	
		その病気の主治 か?	台医には、今日の予	防接種を受けても良いと言われる		+1/ <b>/•</b> 1	ハいえ		, .	
	•	•	 気にかかりましたか			はい	V /L		いいえ	
5.	取四」	. 刀月以門に烟		1		(病	-	)	V 1V 12	
6.	今まで	にひきつけ(けい	いれん)を起こしたこ	ことがありますか			n ( )回(i は( )年( )		ない	
7.		t品(鶏卵、鶏肉: たことがあります		んやじんましんが出たり、体の具合	・が乗し	はい 菓また (	は食品の名前	)	たい	
8.		カ月以内に家加 がいますか?	<b>疾や周囲に麻しん、</b>	風しん、水とう、おたふくかぜなどに	こカュカュ	はい 病		)	いいえ	
9.	1カ月	以内に予防接種	重を受けましたか?			ない 接種 種類(		日	) いいえ )	
10.	これま	でに予防接種を	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、タ	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	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	١,					
り 本 <i>/</i>	しししくに	診および診察の約 は保護者)に対して	吉果、今日の予防接種 、予防接種の効果、副 に基づく救済について	···	る)	医	師の署名又は記る	名押印		
	所の診察 と希望し			ぶなどについて理解したうえで、今日で <b>ます ・ 接種を希望しま</b> ・	の予防接(		<b>D署名</b> <sup>\$ 16 歳未満のり</sup>	場合は	保護者の方が署	子名)
		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		HA ワクチン	Lot. No.	(皮下接種)	実施場	}所:	上池袋	تع	もクリニ	ック
	化血研デンカ			□ 0.25mL	医師	名:		1	小林 齡信	ŧ
(+	ルテ No		)	(6ヶ月以上3歳未満)	接種日	時:	年		月	日
())	IV I INC	J.	,	□ 0.5mL(3 才以上)	-> ()	••	,		· •	•
記載に	たださ	・ま〕た個人信却	はロカチン控種のF	-   -   -   -   -   -   -   -   -   -	1					

## 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がご記 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

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・パレー症候群(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)
- 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。
- その他、医師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
- 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
- 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
- 5. 薬の投与又は食事(鷄卵、鷄肉など)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
- 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
- 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。
- 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。

### 当院の予防接種は事前予約制です。

ご予約日時は

月 日 ( ) 午後 • 午前 時 分です。 (※備忘的にお使いください。)

- 予約時間の 10 分前までに受付してく
- お子様の場合は、母子手帳も必ずご持 参ください。
- 同日のお薬の処方はできません。

医療機関名



## 上池袋こどもクリニック

https://kamiikebukuro-kodomo-cl.com 🌠 〒170-0012 豊島区上池袋4-10-8 ソネット上池袋1階 ☎03-5980-0855 FAX:03-5980-0856 **①1384** 

