

# インフルエンザワクチン予防接種予診票

大阪府済生会中津病院 小児科



※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに〇印をつけてください  
※お子さんの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		診察前の体温	度	分
ふりがな		電話番号	( )	-
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年	月 日 生
(保護者の氏名)			( 歳	ヵ月)

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. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ( )	いいえ	
3. 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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい いいえ		
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ( )	いいえ	
5. 特別な病気(先天異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名 ( )	いいえ	
6. 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬品・食品名 ( )	いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 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はありますか。	はい	いいえ	
9. 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 前回 ( 月 日)	はい	
10. インフルエンザ予防接種で具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
11. インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	はい 種類 ( )	いいえ	
12. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
13. 1か月以内に近親者や周囲で麻疹（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名 ( )	いいえ	
14. 2週間以内に新型コロナウイルスの予防接種をうけましたか。または受ける予定はありますか。	はい 日時 ( 月 日)	いいえ	
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。			

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 ・ 見合わせた方がよい ）と判断します。 本人又は保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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。 医師の署名又は記名押印 <span style="float: right;">印</span>

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 ）。 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ください。 <span style="margin-left: 100px;">署名</span> <span style="float: right;">（代筆者の場合： 続柄）</span>

使用ワクチン名	用法・用量	医療機関名、実施場所、医師名、接種日時
メーカー名	皮下接種	医療機関名 : 大阪府済生会中津病院 小児科
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月以上3歳未満)	実施場所 : 大阪府大阪市北区芝田2丁目10-39 医師名 : 接種日時 :

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に於いてのみ使用いたします。

# インフルエンザワクチンの予防接種をご希望の方に

インフルエンザワクチンの接種にあたって、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、健康状態をよく把握している保護者が予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

## <ワクチンの効果と副反応>

インフルエンザワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待できます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を防ぐ効果が期待されます。

一方、ワクチン接種に伴う副反応は軽いことがほとんどです。注射部位が赤くはれたり、硬くなったり、熱をもったり、発熱や悪寒などを伴うこともありますが、数日以内に軽快します。発現頻度は、赤くはれたりするのは10人に1人程度、発熱は100人に数人程度です。また、強い卵アレルギーなどをお持ちの方は過敏反応を生じることがあるので、接種前に医師へ必ず申し出てください。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(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)、(12) ネフローゼ症候群など。その他にも不明・不安な症状が現れた場合などには、当院やお近くの医療機関に御相談ください。

## <次の方は接種を受けることができません>

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 過去にインフルエンザワクチンにより、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良いと言われた方

## <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) 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり、異常を来たしたことのある方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4) 過去に予防接種を受けたとき、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のある方、若しくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
- 7) 妊娠している方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方

## <予防接種を受けた後は以下の点に注意してください>

- 1) 接種後30分間は、急なアレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起きることがあります。
- 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) 接種当日はいつもどおりの生活をしてください。ただし、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を避けてください。もし、普段と変わったことがあった場合には、当院やお近くの医療機関にご相談ください。

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。