

		診察前の体温		度	分
住 所	鹿追町	電話番号			
フリガナ		性 別		男・女	
受ける人の氏名		平成・令和		年	月
保護者の氏名		生年月日		日	生
		(歳		ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について、裏面に記載されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
(13歳未満の方) 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何回目ですか。	1回目	2回目	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 具体的な症状など ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1ヵ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。 病名 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか 症状 ()	はい	いいえ	
②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はありますか (予防接種の種類: 症状:)	はい	いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
①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よいと言われましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(歳 ヵ月頃)	はい	いいえ	
①そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮ふ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。薬・食品名 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。 質問内容 ()	はい	いいえ	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可 能 ・ 見 合 わ せ る)</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	mL	実施場所 鹿追町国民健康保険病院			
Lot No.		医師名			
(注)有効期限がきれていないか確認		接種年月日	令和	年	月 日

インフルエンザ予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性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)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 保護者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

～インフルエンザ予防接種の前に～

1. 受ける時の注意

インフルエンザの予防接種で、気にかかることがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、保健師等にご相談ください。納得できない場合には、接種を受けないでください。予診票は大切な情報です。責任を持って正確に記入するようにしましょう。

2. ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザの感染予防や症状を軽くし、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

ワクチン接種に伴う副反応として、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、小水疱などがみられることがあります。また発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、咳、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下なども起きることがあります。過敏症として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫なども起こりうることがあります。その他に蜂巣炎、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、ぶどう膜炎、振戦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強い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ください。

非常にまれですが、次のよう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(蕁麻疹、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)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(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破水性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症、急性汎発性発疹性膿疱症、(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ください。

3. 予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱がある人(37.5℃を超える人)
- 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(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)を起こしたことがある人。なお、他の医療品投与を受けて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ください。
- ④ その他、医師が予防接種を受けることが不適当だと判断した人

4. 予防接種を受ける際に、医師の相談が必要な人

- 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 過去に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- ④ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑤ 過去に本人や親近者で免疫状態の異常を指摘されたことのある人
- ⑥ 間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑦ 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人
- ⑧ 妊娠の可能性のある人

5. ワクチン接種後の注意

- ① インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
- ② 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすりはやめましょう。
- ③ 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④ 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

6. 健康被害救済制度(定期接種・・・主に65歳以上の方)

予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定をしたときは、市町村により給付が行われます。

7. 医薬品副作用被害救済制度(任意接種・・・定期接種以外の方)

健康被害(入院が必要な程度や疾病や障害など)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。