

インフルエンザ予防接種問診票

2021/10/4作成

予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
		診察前の体温	度 分

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の説明文を読んで、理解しましたか	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	ある	ない	
①前回受けたのは（ 年 月頃）			
②その際具合が悪くなったことはありますか	ない	ある	
③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	ない	ある	
予防接種名・症状（ ）			
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ない	ある	
具体的に（ ）			
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	ない	ある	
具体的に（ ）			
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	いいえ	はい	
6. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・発達障害、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか	いいえ	はい	
病名（ ）			
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いいと言われましたか	はい	いいえ	
7. 新型コロナウイルス予防接種を受けましたか（予定も含む）			
1回目（ 年 月 日） 2回目（ 年 月 日）	いいえ	はい	
8. 1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか 予防接種名（ ）	いいえ	はい	
10. これまでに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか	いいえ	はい	
具体的に（ ）			
11. 薬や食品（鶏卵、鶏肉）で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
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	ない	ある	
13. 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	いない	いる	
予防接種名（ ）			
14. 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	いない	いる	
15. 【女性の方に】現在妊娠している、あるいは妊娠している可能性がありますか	いいえ	はい	
16. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください			

医師の記入欄： 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種（ **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用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

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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

使用ワクチン名	Lot.No.	接種量	接種場所	医療法人社団 天宣会 汐留健診クリニック
インフルエンザHAワクチン		(皮下接種)	医師名	院長 小金井 佐知子
		0.5ml	接種日時	年 月 日 時 分

インフルエンザワクチンの接種について

2021/10/2作成

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、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、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。

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、痛くなるがありますが通常は2～3日で消失します。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、嘔吐、下痢などもまれに起こります。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下さい。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、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、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) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）
- (4) 肝機能障害、黄疸
- (5) 喘息発作。このような健康被害が生じた場合の救済については、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℃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、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬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. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、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. 今までに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. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

【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。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに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ことはやめましょう。
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、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。