

インフルエンザ予防接種 予診票

--

※太ワク内にボールペンにてご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

事業所名		TEL		診察前の体温		度		分	
所属		() -							
フリガナ				明治					
受ける人の氏名		男・女		生年月日		昭和		年 月 日生	
						平成		(歳 カ月)	
質問事項				回答欄		医師記入欄			
1. 今日受けるインフルエンザの予防接種について説明文（裏面）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 具合の悪い箇所（ ）				はい		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		いいえ			
病名（ ）									
その場合、治療（投薬など）を受けていますか				はい		いいえ			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか（いいえの場合接種不可）				いいえ		はい			
4. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（ ）				はい		いいえ			
5. 特別な病気（先天性異常、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		いいえ			
病名（ ）									
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		いいえ			
薬名・食品名（ ）									
7. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか				いいえ		はい			
①前回受けたのは（ 年 月頃）									
②その際に具合が悪くなったことはありますか				はい		いいえ			
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がありますか				はい		いいえ			
予防接種名（ ）									
8. 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか				はい		いいえ			
予防接種名（ ） 接種日（ 月 日）									
9. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか				はい		いいえ			
10. 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がありますか				はい		いいえ			
11. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか				はい		いいえ			
12. 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				はい		いいえ			
13. 最近1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか				はい		いいえ			
病名（ ）									
14. （女性の方に）現在妊娠していますか				はい		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 本人に対して予防接種の効果・副反応及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ました	
医師署名又は記名捺印	

本人記入	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性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）*どちらかを○で囲んでください	
署名	（代筆者の場合：続柄）
（なお、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。）	

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日
名称：	皮下接種	医療機関名： IMS Me-Life クリニック 板橋
メーカー名：	0.5 mL	医師名：
製造番号：	回目	接種日： 2023年 月 日

記載いただきました個人情報 Wakuchin 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予防接種について

ワクチンの効果と副反応

ワクチンの接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状を軽くすることができます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。

全身症状として、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・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱などが認められることがありますが、いずれも通常2～3日で消失します。

蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、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、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。非常にまれですが、次のような重大な副反応がみられることがあります。

(1) ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、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、白血球破砕性血管炎など）、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12) ネフローゼ症候群。

なお、副反応による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また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となります。

予防接種を受けることができない方

- ① 明らかに発熱している方（通常は37.5℃をこえる場合）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ 過去にHAインフルエンザワクチンに含まれる成分で、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アレルギー反応）を起こしたことがある方
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ことがある方は、予防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相当と判断した方

予防接種を受ける際に、医師とよく相談していただく方

- 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 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 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時に、2日以内に発熱、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もしくは、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 妊娠または妊娠している可能性のある方
- ⑧ 風邪などのひきはじめと思われる方

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、アレルギー反応（息苦しさ、蕁麻疹、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 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週間は体調に注意しましょう。万一、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 接種後の入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- ④ 接種当日はいつも通りの生活をしてください。但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は避けてください。

「インフルエンザ予防接種 予診票」（裏ページ）にご記入の上、医師の診察をお受けください。もし、ふだんと変わったことがあった場合には医師にご相談ください。

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。

医療法人 社団明芳会



IMS Me-Life クリニック 板橋

〒174-0051 東京都板橋区小豆沢2-23-15

TEL 03-3967-1515