

- 1回目
- 2回目

行政措置予防接種(インフルエンザ[満1歳以上6歳未満]) 予診票

注意事項

- 1 この予診票は、予防接種を受ける時に非常に大切なものですから、必ず下記の項目について、もれなく正しく記入してください。
- 2 記入はペン又はボールペンで、下記の表のあてはまる場所に記入するか、○で囲んでください。
- 3 まちがった記入のため事故が起こることもありますから、わからないことは医師に聞いて必ず正しく書いてください。

	診 察 前 の 体 温	度 分
住 所 岡山市 区	電 話 番 号 ()	—
受ける人の氏名	男・女	生 年 月 日 平成・令和 年 月 日生
保 護 者 氏 名		(満 歳 か月)

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は、今年、何回目ですか	1回目 2回目	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	は い いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	は い いいえ	
1か月以内に家族や友人に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	は い いいえ	
1か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	
今までに特別な病気(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、医師の診察を受けていますか 病名 ()	は い いいえ	
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いわれましたか	は い いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	は い いいえ	
その時に熱が出ましたか	は い いいえ	
薬や食品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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	は い いいえ	
先天性免疫不全、後天性免疫不全と診断されたことがありますか	は い いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	あ る な い	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	は い いいえ	
6か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	は い いいえ	

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。 保護者に対して、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をしました。 医師署名又は記名押印 []
-------	--

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。

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、予防接種健康被害救済制度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) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

また、この予防接種は、保護者の希望により接種するもので、予防接種法に定められているものではありません。

万が一、接種による健康被害が生じた場合、岡山市による補償がありますが、補償内容は予防接種法に基づくものと異なります。

保護者自署 []

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 左 or 右	実施場所
Lot No	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	岡山市北区西古松1丁目12番28号 おおのあかちゃんこどもクリニック 院長 大野 直幹
(注)有効期限がきれていないか要確認	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満) ml	医 師 名
		接 種 年 月 日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3-6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。

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、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をご記入下さい。

[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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎が報告されています。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、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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、次のような重大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、血管浮腫など）②急性散在性脳脊髄炎（ADEM）：通常、接種後数日から2週間以内に（まれに28日以内に）発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などがあらわれる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ネフロローゼ症候群

上記の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、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人]

1. 明らかに発熱のある人（通常は37.5℃以上の人）
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適当と判断した人

[予防接種を受けるにあたり、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、発疹、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）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
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. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

[予防接種を受けた後の注意]

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、接種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、普段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出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

* 体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください。