

インフルエンザ予防接種予診票

※太枠内をご記入下さい

診察前の体温 度 分

住所				TEL
(フリガナ)	()			生 年 月 日
氏名		男 ・ 女		
会社名		社員番号		昭 和 平 成
健保名		保険証 記号番号	番号	
				年 月 日生
				(歳 ヲ月)

No	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の説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	は い しいえ	
2	現在、何かの病気で医療機関にかかっていますか。 病名()	は い しいえ	
	治療(投薬など)を受けていますか。	は い しいえ	
3	今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	は い しいえ	
	【ある場合】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もよいと言われましたか。	は い しいえ	
4	過去に免疫不全と診断されたことがある方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいましたか。	は い しいえ	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか。	は い しいえ	
	【ある場合】 具体的な症状を書いて下さい。()		
6	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。	は い しいえ	
	【ある場合】 病名()		
7	最近1ヵ月以内に、家族や周囲の方に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。	は い しいえ	
	【ある場合】 病名()		
8	最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	は い しいえ	
	予防接種の種類()		
9	これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか。	は い しいえ	
	インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。(年 月 頃)	は い しいえ	
	その際に具合が悪くなったことはありますか。 【ある場合】 (症状:)	は い しいえ	
10	これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	は い しいえ	
	【ある場合】 予防接種の種類() / 症状()		
	薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか。	は い しいえ	
11	【ある場合】該当する薬品か食品名を記入してください。()		
	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。()歳頃	は い しいえ	
	そのとき熱がでましたか。	は い しいえ	
12	近親者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 しいえ	
13	今日の予防接種について質問がありますか。	は い しいえ	
14	(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	は い しいえ	

本人記入

医師の診察・説明を受け予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を(希望します ・ 希望しません)

令和 年 月 日 本人自署 _____

記載いただきました個人情報は裏面に記載のある利用目的のみ使用します。(個人情報取扱いに関するお問い合わせ先は裏面をご覧ください)

個人情報の取扱いについて	ご記入いただきましたお客様の個人情報については、利用目的以外の使用はいたしませんので、同意のうえお申込みください		
	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	※同意しない場合はお申し出ください

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(可能 ・ 見合わせる)
本人に対して予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をした。

医師署名又は記名捺印 _____

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	医療機関名: 医療法人社団 進興会
メーカー名:	mL	接種場所:
Lot No.:		接種日時: 令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

<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が軽くすみます。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、多形紅斑、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、筋力低下、咳嗽、動悸など、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。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(まれに28日以内)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(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)(9)間質性肺炎(10)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎(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

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ください。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人>

- ①明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
- 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に含まれる成分でアナフィラキシーを起こしたことがある人
(他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、接種前に医師へその旨を伝え、医師の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
- ⑤妊婦及び、妊娠している可能性のある方の接種をご遠慮いただいております。
かかりつけの産婦人科医または医療機関にご相談ください。
- ⑥当会では中学生以下の方の予防接種をご遠慮いただいております。
かかりつけの医療機関にご相談ください。

<予防接種を受ける際に医師とよく相談しなくてはならない人>

- ①発育が遅く、医師の指導を継続して受けている人
- ②カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④前回の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が見られた人
- ⑤今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人
- ⑧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がある人

<予防接種を受けたあとの注意>

- ①接種後30分間は病院にいるなど様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医療機関とすぐに連絡を取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る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。ただし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ④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ください。

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくはホームページ等をご覧ください。 救済制度相談窓口: TEL 0120-149-931(フリーダイヤル)

<個人情報利用目的>

- ① インフルエンザワクチン接種のための診察および実施
- ② インフルエンザワクチン接種実施の報告(健康保険組合・事業主・受診者本人)
- ③ インフルエンザワクチン接種料金の請求(健康保険組合・事業主・受診者本人)
- ④ 関係官庁への統計情報提供及び医師が副反応を診断した場合の報告

<個人情報取扱いに関するお問い合わせ先>

- 個人情報保護管理者 : 松崎 剛
- 個人情報相談窓口 : E-mail kojinhoho-info@shinkokai.jp
- 個人情報に関するお問い合わせ先 : TEL 03-5408-8181 FAX 03-5408-8177