

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

\*接種希望者の方へ 太枠内にご記入ください。  
\*お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

診察前の体温 度 分

住所		TEL ( ) -	
( ふりがな ) 受ける人の氏名	( )	男・女	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 才)
保護者氏名			

質問事項	回答	
1 今日受ける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 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ	はい
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい( )	いいえ
4 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい( )	いいえ
5 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい( )	いいえ
6 今までに特別な病気(心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、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。( )	はい 具体的に記入	いいえ
( はい と答えた方 )その主治医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい
7 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たことがありますか。	はい 年 月頃 治療中・治療していない	いいえ
8 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
9 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい( )	いいえ
10 薬や食品で(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬または食品名	いいえ
11 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい( )	いいえ
12 1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)風しん、水痘(みずぼうそう)おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名	いいえ
13 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい( )	いいえ
14 (女性のかたに)現在妊娠していますか。	はい 週	いいえ
15 今日の予防接種についてご質問はありますか。	はい	いいえ

医師の記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 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。

医師署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な

本人の署名(もしくは保護者の署名) ※続柄

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。

希望します  希望しません

□の中に✓チェックをしてください。

※自署出来ない場合は代筆者の氏名および被接種者との続柄を記載してください

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	皮下注 0.5 ml	さいとう内科医院 医師 齋藤 俊司 接種年月日 令和 年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

# インフルエンザワクチンの接種について

裏面

## 【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済みます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を防ぐ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。全身状態として、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。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、血管迷走神経反射、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(接種数日後から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になります。

## 【予防接種が受けられない人】

- ① 明らかに発熱がある人(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、予防接種を受ける前に医師にその旨を伝え、ご相談ください。)
- 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人

## 【予防接種を受ける前に医師とよく相談しなくてはならない人】

- ① 発育が悪く、医師や保健師の指導を継続して受けている人
- ② 風邪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、蕁麻疹などのアレルギーを疑う症状がみられた人
- 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方がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患がある人
- 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、異常をきたしたことがある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

## 【他のワクチンとの接種間隔】

生ワクチンの接種を受けた方は、通常27日以上間隔を空けて接種してください。また、不活化ワクチンの接種を受けた方は通常、6日以上の間隔をおいて接種してください。ただし、医師が必要と認めた場合には同時に接種することができます。新型コロナウイルスワクチンは2週間以上間隔を空けてから、ほかのワクチンを接種するよう推奨されています。

## 【予防接種を受けたあとの注意点】

- ① 接種部位は揉まないようにしましょう。接種後30分は院内やお近くにとどまるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば、すぐに医師に連絡でき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、接種部位をこすらないようにしてください。
- 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て問題ありません。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でた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構  
救済制度相談窓口

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル  
TEL: 0120-149-931(フリーダイヤル)  
URL: <http://www.pmda.go.jp>