

インフルエンザ予防接種問診票(1回目・2回目)

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入下さい。

※健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温 度 分

住所	TEL () -		
フリガナ	男	生年 月日	平成 令和 年 月 日生
受ける人の氏名	女		
(保護者の氏名)	(歳 カ月)		

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説明文(別紙)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何回目ですか。	1回目	2回目	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	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(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない)	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	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。	いる(病名)	いない	
7. 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	
8. 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。	ある 最後は 回くらい 年 月頃	ない	
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
10. これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状:)	ない	
12. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある(病名)	ない	
13. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名:)	いいえ	
14. (ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある(具体的に)	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

医師の署名

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)本人または家族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した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、健康被害救済制度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)

保護者の署名(もしくは本人の署名)

使用ワクチンメーカー名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No. :	皮下接種 0.25 ・ 0.5 mL	実施場所 いたうわんぱくクリニック 実施医師 伊藤 利幸
カルテ No.	左上腕・右上腕	実施年月日:

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は、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。以下の説明をよくお読みいただき、問診票にできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

〔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。合併症や死亡を防げるかもしれませんが副反応は一般に軽度です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる等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、一過性の失神、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、通常は2~3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ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。非常にまれな副反応として(1)ショック、アナフィラキシー様症状(尋麻疹、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)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作があります。このような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、万一健康被害が生じた場合の救済補償については、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℃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おこしたことがある人
なお、他の医薬品投与で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がある人
8. 妊娠の可能性のある人

〔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、注射した部位をたいたり、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。激しい運動は避けましょう。
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。

接種予定日の控え		医療機関名	
1回目	月 日 () 時 分 時 分頃	〒760-0075 高松市楠上町2丁目3-15	アルファメディカルモール
2回目	月 日 () 時 分 時 分頃	いとうわんぱくクリニック 院長 伊藤 利幸 TEL 087-812-1089, FAX 087-812-1090	