

※接種希望の方は**太枠内**にご記入ください

※お子さんの場合、健康状態を把握している保護者をご記入ください。

カルテNo.:

診察前の体温

度

分

所属		部署			
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男 ・ 女	生 年 月 日	西暦	
(保護者の氏名)		TEL	()	-	

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を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2.	今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
	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。	ある(症状:)	ない	
3.	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。	ある(予防接種名:)	ない	
	(症状:)			
3.	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 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()	いいえ	
	・ 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良いと言われましたか。	はい・いいえ		
5.	最近一カ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
6.	これまで特別な病気(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、医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ	
7.	これまで間質性肺炎や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()年()月頃 現在治療中・未治療	いいえ	
8.	これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい()回ぐらい 最後は()年()月頃	いいえ	
9.	これまでに薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんが出 たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬名または食品名 ()	いいえ	
10.	近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
11.	1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどに かかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ	
12.	1ヶ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	
13.	これまで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 予防接種名・症状 ()	いいえ	
14.	(女性の方に) 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、乳幼児健診等で異常はありましたか。	はい 具体的に()	いいえ	
16.	その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具 体的に書いてください。			

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)

医師の署名又は記名押印

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、説明した。

接
種
歴

+

卵
アレル
ギ-

-

アルコール

OK
NG

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
可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

本人の署名(もしくは保護者の署名)

接種を希望します ・ 接種を希望しません

※自筆できない者は代筆者が氏名・続柄を記載し署名。

続柄_____

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
インフルエンザHAワクチン	Lot.No.	皮下接種 □0.5mL (3歳以上)	実 施 場 所 :	年 月 日
			医 師 名 :	
			接種年月日 :	

※記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種に関してのみ使用致します。

インフルエンザワクチンの接種について

〔ワクチンの効果と副反応〕

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。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、小水疱などがみられることがあります。が通常は2～3日で消失します。なお、蜂巣炎に至った症例の報告があります。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、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、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、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、重篤な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
- (7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少
- (8) 血管炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎等）
- (9) 間質性肺炎
- (10) 脳炎・脳症、脊髄炎
- (11) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）
- (12) ネフロゼ症候群

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、健康被害（入院が必要な程度の疾病や障害など）が生じた場合については、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救済手続きを行うことになります。

〔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または、過去にその他の原因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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、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）で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん（ひきつけ）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. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

〔ワクチン接種後の注意〕

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、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありません。接種部位をこすことはやめましょう。
3. 接種当日はいつも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、高熱やけいれん等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下さい。