

【 インフルエンザワクチン予診票 】



はぐくみ
Baby&Kid'sクリニック

カルテNo.			
住所		診察前の体温	度 分
ふりがな		男・女	西暦 年 月 日
接種を受ける人の名前		生年月日	(歳 か月)
保護者の氏名		電話番号	— —

下記の質問事項を呼んで、黒のボールペンで記入して下さい(○で囲む、または具体的に記入して下さい)

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書を読み、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、理解しましたか。	いいえ	はい	
2. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。			
出生時の体重	() g		
分娩時に異常がありましたか。	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
症状 ()			
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名 ()			
5. 1か月以内に家族や友達にはしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
病名 ()			
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 (月 日 :) (月 日 :)			
7. 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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	いいえ	
病名 ()			
その病気をみ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。	いいえ	はい	
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
そのときの月齢・年齢	()		
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい	いいえ	
薬・食品名 ()			
10. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	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	
予防接種名 ()			
12. 近親者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	
13. 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	
14. (女性の方に) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか。	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
医師の記入欄			
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、説明をしました。			
医師署名又は記名押印 []			
保護者の記入欄			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応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)。			
※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。			
本人または保護者署名 []			

使用ワクチン名	回数	接種部位	接種量	Lot	実施場所・医師名	
インフルエンザ	回目	左・右 上腕	0.25ml・0.5ml		印西市西の原5丁目12-2 はぐくみBaby&Kid'sクリニック	
	回目					
	回目					
	回目					
	回目				医師名	川戸 仁
	回目				接種年月日	
	回目				西暦	年 月 日
	回目					

インフルエンザワクチン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、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが現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、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日にて消失します。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。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、白血球破碎性血管炎など）、(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。

《予防接種を受けることができない人》

- ① 明らかに発熱のある人
- 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へその旨を伝え、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

《予防接種を受ける際に、医師によく相談しなくてはならない人》

- ① 発育が遅く、医師や保健師の指導を継続的に受けている人
- ② かぜなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病菌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人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息など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のある人
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

《予防接種を受けた後の注意点》

- ① 接種後 30 分間は病院の近くにいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師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、はげ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。