

インフルエンザワクチンの接種について（裏面）

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、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。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

【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。また、インフルエンザによる合併症や死亡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、しびれることがあります。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、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、蕁麻疹、湿疹、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、アナフィラキシー様症状（蕁麻疹、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。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、健康被害が生じた場合の救済については、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℃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起こしたことがある人

なお、他の医薬品投与を受けて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、カゼなどのひきはじめと思われる人
- 4、予防接種を受けた際、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹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のある人
- 8、妊娠の可能性のある人
- 9、気管支喘息のある人

【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、注射した部位をこす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出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

体温測定についてのお願い

来院する直前に自宅で体温測定し、予診票に記入してください。

平成24年度 インフルエンザ予防接種予診票

* 接種希望の方は、**太ワク**内をご記入下さい。

診察前体温

度 分

住所		連絡先 () -	
フリガナ		男	明治・大正・昭和・平成
氏名	(フルネーム)	生	年 月 日生
		年月日	(歳)
女			

質問事項

回答欄

1. 今日受ける予防接種について説明文を読み理解しましたか？	はい	いいえ	
医師が診察し予防接種可能と診断した場合には接種を受けますか？接種を希望する場合は下記に署名をお願いします。 2. 未成年者は保護者が署名をお願いします。 どちらかに○ (本人 ・ 保護者) 署名 : _____ (フルネーム)			
3. 今日、ふだんと違って体調の悪いところがありますか？	いいえ	はい	(具体的に)
4. 現在治療中の病気がありますか？	いいえ	はい	(具体的に)
5. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？	いいえ	はい	(ワクチンの種類と接種日を具体的に)
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	いいえ	はい	(具体的に)
7. 最近1ヶ月以内に周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふく風邪、にかかった方がいますか？	いいえ	はい	(具体的に)
8. 先天性異常、発育障害、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患と診断されたことはありますか？	いいえ	はい	(具体的に)
9. 薬や食べ物(鶏肉や卵など)のアレルギーがありますか？	いいえ	はい	(具体的に)
10. 気管支喘息と診断されたことがありますか？	いいえ	はい	(治療状況など具体的に)
11. 今までに、予防接種を受けて具合が悪くなったり、発熱や発疹がでたことがありますか？	いいえ	はい	(具体的に)
12. 【ご婦人の方におききます】現在妊娠していますか？	いいえ	はい	(妊娠 月)
妊娠されている場合主治医から予防接種の許可をうけていますか	はい	いいえ	
13. その他、医師に伝えておきたいことや相談したいことがあれば、右にご記入ください。			

以下は医院使用欄です。

医師記入欄： 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 医師署名: 渡辺 卓也		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日
インフルエンザHAワクチン	(皮下注射)	接種場所 わたなべ内科青山クリニック
Lot No.	0.5mL	医師名 渡辺 卓也
		接種日 平成 年 月 日