

インフルエンザ予防接種予診票

＜高齢者対象＞

	診察前の体温		度	分
住所				
ふりがな				
氏名	男・女	電話 番号		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	回 答 欄	医 師 記 入 欄
1. 今日のインフルエンザの予防接種について市村から配られている説明文(裏面)を読みましたか	はい	いいえ	
2. 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
3. 現在、何か病気にかかっていますか 病名() 治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
3.で「はい」の方 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい	いいえ	聞いていない
4. 免疫不全と診断されたことがありますか	ある	ない	
5. 今日、体に具合の悪いところがありますか、具体的に症状を書いてください 下痢・鼻水・咳・湿疹・その他() いつから(/)	ある	ない	
6. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名() 期間(/ ~ /)	はい	いいえ	
7. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい	いいえ	
8. 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	
8.で「はい」の方 その際に具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
9. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()	はい	いいえ	
9.で「はい」の方 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい	いいえ	聞いていない
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある	ない	
11. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	ある	ない	
12. 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はありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
13. 今日の予防接種について質問がありますか 質問内容()	ある	ない	

被接種者記入欄

インフルエンザ予防接種希望書

(医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください。)

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、上記のワクチンの接種を希望しますか。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市村に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 本人署名

代筆者氏名

続柄()

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

接種を
希望
します接種を
希望
しません

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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度などについて、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日・接種時間
メーカー名	0.5	実施場所
Lot.No.	ml	医師名
		接種年月日 平成 年 月 日 接種時間 :

1 インフルエンザ（予防接種）とは

インフルエンザウイルスによる感染症で、通常、初冬から春先に流行します。症状は、突然の38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、咽頭痛、鼻汁、咳などです。大多数の人では特に治療を行なわなくても約1週間で自然に治りますが、乳幼児、高齢者、基礎疾患をもつ人では、気管支炎、肺炎などを併発したり基礎疾患の悪化を招いたりするなどして、最悪の場合、死に至ることもあります。

予防は、流行前にワクチン接種を受けることが一般的な方法です。高齢者の場合、このワクチンで発病を予防できる効果は34%～55%程度、合併症などによる死亡を防止できる効果は8割程度といわれています。65歳以上の方や60～64歳の方で心臓、じん臓、呼吸器の機能、免疫の機能に障害がある方で、希望する場合は、予防接種法に基づくインフルエンザの予防接種を受けることができます。

2 予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意

予診票は、医師にとって、予防接種ができるかどうかを判断する上でとても大切な情報です。接種を受ける方が責任を持って記入し、正しい情報を医師に伝えてください。

(2) 予防接種を受けることができない人

- ① 接種当日、明らかに発熱のある人。通常37.5℃以上。
- ② 重篤な急性疾患にかかっている人
- ③ 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショック（じんましん・呼吸困難など）を呈したことが明らかな人。
- ④ インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある人。
- ⑤ ①～④のほか、医師により予防接種を行なうことが不適当な状態にあると判断された人。

(3) 予防接種を受ける際に医師とよく相談しなければならない人

- ① 心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の周辺の日常生活が極度に制限される程度の障害がある人。
- ② ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある人。

3 インフルエンザ予防接種の副反応について

予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時にほかの病気がたまたま重なってあらわれることがあります。下記のような症状があらわれたり、体調の変化があった場合は、医師の診察を受けてください。

(1) 重大な副反応

まれにショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）があらわれることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じます。その他、ギランバレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、肝機能障害、黄疸、喘息発作があらわれる等の報告があります。

(2) その他の副反応

- ・ まれに、接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、掻痒（そうよう）等があらわれることがあります。
- ・ 発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、通常、2～3日中に消失します。
- ・ 接種部位の発赤、腫脹、疼痛等を認めることがありますが、通常、2～3日中に消失します。

4 予防接種健康被害救済制度について

予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種によって引き起こされた健康被害（副反応）が、予防接種と因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合、市町村長から給付を受けることができます。

健康被害の程度などに応じて、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料などについて法律で定められた給付が受けられます。