

葛尾村季節性インフルエンザワクチン予防接種予診票

診察前の体温	度 分
--------	-----

住 所	福島県双葉郡葛尾村		
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和	年	月 日 生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
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よいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
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その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②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。	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
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	
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	
→ 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	
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 ()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	<p>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制度について説明した。 医師署名又は記銘押印</p>
-------	---

使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	実施場所
LOT No.	医師名
有効期限	接種年月日 平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、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 ）

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。
このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者自署 _____

（※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）

インフルエンザの予防接種についての説明書

予防接種を受ける前に

インフルエンザの予防接種について、下記の事項をよく読んで、必要性や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、役場の保健福祉係等に質問しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

ワクチン の効果と副反応

① ワクチンの効果

- ・ 予防接種によりインフルエンザの感染を予防したり、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できます。

② ワクチンの副反応

- ・ 一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱を持つ、痛くなる、しびれることがありますが、2～3日で消失します。
- ・ 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、関節痛、筋肉痛なども怒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、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれにみられます。
- ・ 卵アレルギーの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。
- ・ 強い副反応がみられたときにはすぐに医師に申し出て下さい。

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

※急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その後の病気の変化が分からなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。

③ インフルエンザ予防接種に含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人

※「アナフィラキシー」というのは通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

上の①～④に入らなくても医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

① 心臓病、じん臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人

② 前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹（ほっしん）、じんましんなどアレルギーを思わす異常がみられた人

③ 今までにけいれんを起こしたことがある人

④ 今までに中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことのある人

⑤ インフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるといわれたことがある人

予防接種を受けた後の一般的注意事項

① 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡を取るようにしておきましょう。

② インフルエンザワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。

③ 接種日当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。

④ 接種当日はいつも通りの生活でかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

⑤ 万一、高熱やけいれん等の症状が出た場合は速やかにお医者さんの診察を受けて下さい。その後役場住民生活課にも連絡して下さい。

葛尾村季節性インフルエンザ接種済証

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

住 所

葛尾村大字

接種医療機関

接 種 年 月 日

年 月 日

ロ ッ ト 番 号

葛尾村長 篠 木 弘