

# インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住所	古殿町大字 字	Tel		
受ける人の氏名		男女	生年月日	大正昭和 年 月 日 (満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
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よいといわれましたか	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 具体的な症状を書いてください( )	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	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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名 )	はい  いいえ	
最近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	
今までにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか 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	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	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	
薬や食品で皮膚に発疹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  いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	はい  いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい  いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	

医師の記入欄

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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチン接種を ( 希望します ・ 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 (本人が自署できない場合は、原則として家族が本人の氏名を代筆してください。)

本人の自署 代筆者氏名 (続柄 )

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
メーカー名		実施場所
Lot No.		医師名
有効期限		接種年月日 令和 年 月 日

## インフルエンザ予防接種についての注意事項

### 【予防接種を受けるときの注意】

- 1) インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点があれば、予防接種の前に主治医に相談しましょう。
- 2) 受ける前日は、からだを清潔にしましょう。
- 3) 当日は、体調をよく観察し、普段と変わったことがないことを確認しましょう。
- 4) 予診票は、医師への大切な情報ですので、正確に記入しましょう。

### 【予防接種を受けることができない方】

- 1) 明らかに発熱（37.5℃以上）がある方
- 2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方（ひどい咳・鼻水等）
- 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おこしたことがある方
- 4) その他、主治医が予防接種を受けることが不相当と判断した場合

### 【予防接種を受けることに注意を要する方】

次のいずれかに該当する場合は、健康状態や体質などから接種の適否などを慎重に判断し、注意して接種する必要があります。

心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方

- 1) 以前の予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた方及び、全身の発疹などのアレルギーを疑う症状を起こしたことがある方
- 2) 過去にけいれん既往のある方
- 3) 過去に免疫不全の診断を受けた方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方
- 4) 気管支喘息のある方
- 5) 接種を行うインフルエンザワクチンの成分または鶏卵・鶏肉、その他鶏由来のものに対してアレルギーを起こすおそれがある方

### 【接種後の注意】

- 1) 接種後30分間は病院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すぐに医師と連絡をとれるようにしましょう。
- 2) 接種後24時間は、副反応の出現に注意しましょう。比較的多い副反応としては、接種した部位（局所）の発赤（赤み）、腫脹（はれ）、疼痛（痛み）などがあげられます。また、全身の反応としては、発熱、頭痛、悪寒（寒気）、倦怠感（だるさ）などが見られます。まれではありますが、ワクチンに対するアレルギー反応（発疹・じんましん・赤み・かゆみ）などがみられることもあります。接種した部位の発赤・腫れ・痛みは、接種を受けた方の10～20%に起こりますが、通常2～3日で消失します。
- 3) 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らないようにしましょう。
- 4) 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。ただし激しい運動は避けましょう。
- 5) 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ましょう。

**インフルエンザ様の症状時は、マスク着用のうえ、  
早めに受診しましょう。**

