

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		男・女	電話番号		
氏 名					
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)				

質 問 事 項	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 はい	いいえ 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、本予診票が村に提出されることに同意します。

令和 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。(医療従事者は代筆できません。)

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、説明をしました。 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 令和 年 月 日 接種時間 :

高齢者インフルエンザの予防接種について（説明書）

※必ずお読みください。

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、発熱(38℃以上の高熱)、頭痛、関節痛、筋肉痛、咽頭痛、鼻汁、咳などで、約1週間の経過で軽快するのが典型的です。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。

インフルエンザワクチンは、インフルエンザの発症を予防することや発病後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

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方。通常 37.5℃以上。
- ② 重篤な急性疾患にかかっている方。
- ③ 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシー(じんましん・呼吸困難など)を呈したことが明らかな方。
- 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方。
- 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方。

(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 心臓病、呼吸器の病気(気管支喘息を含む。)、腎臓病、肝臓病、血液の病気、発育障害等の基礎疾患をお持ちの方。
- ② 予防接種を受けたときに、2 日以内に発熱、発疹、じん麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた方。
- ③ 今までにけいれんを起こしたことがある方。
- ④ 過去に本人や近親者で免疫状態の異常を指摘されたことのある方。
- ⑤ このワクチンの成分や鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたすなどのアレルギー反応を起こすおそれのある方。

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。

※気になる症状が発生した場合には、医師にご相談ください。