

	診察前の体温	度	分
住 所			
フリガナ			
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成	年	月 日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に( )	いいえ	
※現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい 病名( )	いいえ	
薬をのんでいますか。	はい	いいえ	
(※で”はい”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい 病名( )	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常・心臓血管系・腎臓・肝臓・脳神経の病気・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	はい 病名( )	いいえ	
これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい ( 年 月ごろ) (現在治療中・治療していない)	いいえ	
近親者の中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	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい ( 回くらい) (最後は 年 月ごろ)	いいえ	
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しん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 薬または食品の名前 ( )	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前回受けたのは( 年 月頃)			
②その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい 症状( )	いいえ	
③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がありますか。	はい 予防接種名( ) 症状( )	いいえ	
最近1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名( )	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 (新型コロナウイルスワクチン接種した方は下記の質問へ)	はい 予防接種名( )	いいえ	
①新型コロナウイルスワクチン接種したのはいつですか。何回目ですか。	令和 年 月 日 回目		
(女性の方に)現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか。	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 具体的に( )	いいえ	

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、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。  医師署名又は記名押印
-------	--

インフルエンザ予防接種希望書 ※本人記入、もしくは保護者 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、及び裏面の個人情報の取扱いについて理解し、接種することに同意します。  署名 (代筆者の場合: 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)
--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン □ 第一三共 □ フルービックHA Lot No.	0.5 ml	実施場所 医 師 名 医療法人社団七星会 接種日時 令和 3 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。

# インフルエンザワクチンの接種について

接種前にお読みください。

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下さい。

## 1.インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過（肺炎、死亡など）をたどることがあり、注意が必要です。

## 2.ワクチンの効果と副作用

ワクチンの効果について以前から議論されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くなります。また、重症化して入院することを防ぐ効果が期待されます。ワクチン接種に伴う副作用として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副作用をおこすこともあります。

- (1) ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）
- (2) 急性散在性脳脊髄炎（接種数日後から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) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎
- (4) ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ、歩行障害など）
- (5) けいれん（熱性けいれんを含む）
- (6) 肝機能障害、黄疸
- (7) 喘息発作
- (8) 血小板減少性紫斑病、血小板減少
- (9) 血管炎（アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破砕性血管炎など）
- (10) 間質性肺炎
- (11) 皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症
- (12) ネフローゼ症候群

## 3.次の方は接種を受けないでください

- (1) 明らかに発熱している方（通常は37.5℃をこえる場合）
- (2) 重い急性疾患にかかっている方
- (3) 本剤の成分により、アナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこ）を起こしたことがある方
- (4) その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方
- (5) 2回目の新型コロナウイルスワクチンを接種して13日以上間隔があいていない方  
※1回目の新型コロナウイルスワクチン接種した方は2回目の接種が優先されますので、インフルエンザ予防接種はその間接種できません

## 4.次の方は接種前に医師にご相談ください

- (1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- (2) 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- (3) 過去にけいれん（ひきつけ）の既往歴のある方
- (4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- (5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方、もしくは近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (6) 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患を有する方
- (7) 妊娠している、又は妊娠の可能性のある方
- (8) かぜなどのひきはじめと思われる方
- (9) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方（接種される方がお子様の場合）

## 5.接種後は以下の点にご注意ください

- (1) 接種後30分間は、アレルギー反応（息苦しさ、じんましん、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- (2) 副作用（発熱、頭痛、けいれんなど）の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- (3) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- (4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- (5) 接種当日はいつもの生活をしてください。但し接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

## 6.個人情報の取り扱いについて

医療法人社団七星会PMS管理責任者

### (1) 個人情報の利用目的

- ① ご本人の健康状態を把握して、安全な予防接種を実施するため
- ② 当クリニックにおける、予防接種実施状況の把握のため
- (2) お預かりした個人情報は、第三者に提供することはありません。
- (3) 皆様の健診データの開示、訂正、削除等についてご質問・ご相談のある方は当クリニックのご相談窓口（Tel:03-5689-8211）にお問合せ下さい。
- (4) これらの個人情報をご提供いただくことは受診者様の任意ですが、ご提供頂けない場合は第1項に掲げる利用目的を達成できない場合がございます。