インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

接種希望の方へ:太ワク内は必ずご記入ください。

保険証・記号		番号	

氏名	漢字	フリガナ （　　）	性別	男 女	生年月日	S H　　年　　月　　日
会社名		連絡先電話番号				

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	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（回答が「いいえ」の方への接種はできません）	はい	
2	今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン１回目ですか。	いいえ（　　回目）	はい	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬を飲んでいますか（いる・いない）	いいえ	
5	最近１カ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
6	今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・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。	いる（病名）	いない	
7	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	
8	今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	ある　　回ぐらい 最後は　　年　　月ごろ	ない	
9	薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	ない	
10	これまで間質性肺炎や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	
11	これまでに、インフルエンザの予防接種や他の予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種の種類・症状　　）	ない	
12	１ケ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある（病名）	ない	
13	１ケ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種の種類:　　)	いいえ	
14	（ご婦人の方に）現在妊娠していますか。	はい（妊娠中・妊娠の可能性がある方への接種はいたしません）	いいえ	
15	その他、健康状態の事で医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			

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上で接種を希望しますか

接種を希望しません　□

接種を希望する方は署名をして下さい

本人の署名

医師の記入欄 接種前の体温　　度　　分 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）	医師の署名または記名押印

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・接種年月日
インフルエンザＨＡワクチン デンカ　Ｌｏｔ.Ｎｏ.	皮下接種 0.5ｍＬ	東京織物健康保険組合診療所 日付

インフルエンザワクチンの接種について

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ください。

[ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、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期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。**注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがありますが通常は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、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こ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、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある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。**非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(４)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(６)喘息発作。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

[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
3. 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
   なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人。尚、当健保組合では下記の方への接種はいたしません
   (ア) 妊娠の可能性のある人
   (イ) カゼなどのひきはじめと思われる人
   (ウ) 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
   (エ) 予防接種を受けたときに、２日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人

[予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人]

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. 今までにけいれんを起こしたことがある人
4. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
5. 気管支喘息のある人
6. 体調の優れない方

[ワクチン接種後の注意]

1. インフルエンザワクチンを受けたあと**３０分間**は、急な副反応が起きることがあります。**医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。**
2. 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ることはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動は避けましょう。
4. 万一、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て下さい。