

インフルエンザワクチン予防接種予診票

任意接種用

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

★太ワクの中のみ記入してください。		1回目・2回目	診察前の体温	度	分
住所		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
ふりがな	()			年 月 日	
氏名				(歳 ヶ月)	
(保護者の氏名)			TEL	-	

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裏面の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	
血をサラサラにする薬を飲んでいますか。薬名()	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	
血が止まりにくい病気もしくは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	
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り、アレルギー症状(アナフィラキシーなど)が出たりしたことがありますか。	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】
 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(もしくは保護者)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。 医師の署名

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 (接種を希望します・接種を希望しません)	保護者の署名(もしくは本人の署名)
---	-------------------

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
メーカー名	皮下接種	医療機関名: 国民健康保険和寒町立診療所 医師名: 接種年月日:
Lot.No.	<input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上)	

インフルエンザ予防接種を受ける前に ~接種前によく読み、わからないことは医師に相談しましょう~

1. 一般的注意

インフルエンザ予防接種について、資料等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かかりつけ医や町担当課にお問合せください。法律に基づくインフルエンザ予防接種は、ご本人の意思と責任で接種を希望する場合には行います。(義務ではありません)十分に納得できた場合のみ接種を希望してください。

2. インフルエンザとは

インフルエンザウイルスに感染することによっておこります。インフルエンザの症状は、普通のかぜに比べて全身症状が強い(高熱・関節痛)のが特徴で気管支炎や肺炎などを合併し、重症化するのも特徴です。流行すると、特に 65 歳以上の高齢者や慢性疾患患者で死亡率が高くなる点でも普通の風邪とは異なります。予防の基本は、流行前に予防接種を受けることです。

3. インフルエンザ予防接種の有効性

インフルエンザワクチンの接種で、ある程度の感染や発症を抑えることができます。しかし、なかには肺炎や脳症等の重い合併症になる方もいます。ワクチンの最も大きな効果は、この重症化を予防することです。

通常、予防接種を受けてから抗体がつくまで 2 週間かかり、その効果が持続する期間は約 3カ月から約 5 カ月となります。

4. インフルエンザ予防接種の副反応

接種後、注射部位に赤み・腫れ・痛み・微熱が出たり、寒気・頭痛・関節痛・筋肉痛・全身のだるさなどがみられることがあります。通常 2~3 日のうちに治ります。

また、接種直後から発熱・頭痛・発疹・尋麻疹・けいれんの症状が現れる等の報告があります。非常にまれですがショックや・呼吸困難・運動障害・意識障害・神経系障害などがあらわれることもあります。

5. 予防接種を受けることができない人

- ① 接種当日、明らかな発熱がある人(体温が 37.5℃以上の場合)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ インフルエンザワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシーをおこしたことがあることが明らかな人
- ④ 卵、鶏肉等でアナフィラキシーをおこしたことのある人
- ⑤ インフルエンザ予防接種で接種後 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症状があらわれたことのある人
- ⑥ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

6. 予防接種を受ける際に、担当医とよく相談しなくてはいけない人

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する人
- ② 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症状があらわれたことがある人
- ③ 過去にけいれんの既往のある人
- ④ 過去に免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- ⑤ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患を有する人
- ⑥ インフルエンザワクチンの接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある人

7. 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① インフルエンザワクチン接種後 24 時間は副反応の出現に注意し、観察しておく必要があります。特に接種直後の 30 分以内は急激な健康状態の変化に注意しましょう。
- ② 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動や大量の飲酒を避けましょう。
- ③ 予防接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこするのはやめましょう。

8. 予防接種を受けない場合

接種医の説明を聞いたうえで、当日の身体状況等により接種ができなかった場合等においては、その後インフルエンザに罹患したり、あるいは重症化、死亡が発生したとしても、町や担当した医師にその責任を求めることはできません。

9. 副反応がおこった場合

予防接種後まれに副反応がおこる場合があります。また、予防接種と同時に、ほかの病気がたまたま重なって現れることがあります。接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身の尋麻疹・嘔吐・顔色不良・低血圧・高熱などが現れたら、医師(接種医師)の診療を受けてください。なお、任意予防接種によって健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による救済制度があります。救済制度を申請する必要が生じた場合は、診察した医師にご相談ください。