

※太ワク内を全て記入してください。

診察前の体温

度 分

住所	豊根村	
氏名	フリガナ()	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について説明書(裏面)を読み理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、医療機関に定期的に通院をしていますか。 ・治療(投薬など)を受けていますか。 ・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 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ	
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	
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 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。 ・その際に具合が悪くなったことはありますか。 ・他の予防接種で具合が悪くなったことはありますか。	はい はい はい 予防接種名・症状 ()	いいえ いいえ 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。	はい 予防接種の種類 () 日にち(月 日)	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。	はい 病名()	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について、説明した。 医師署名
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No. (注)有効期限がきれいでないか確認	0.5 ml	実施場所 豊根村診療所 医師名 丹羽 治男 ・ 夏目 忠 接種年月日 令和 4 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書

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)

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 4 年 月 日 被接種者自署 _____

(※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)

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あたって、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】

ワクチン接種により、インフルエンザの発症を予防したり、たとえ発症しても症状が軽くすみます。そのため、インフルエンザによる重症化や死亡を予防する効果が期待されます。

副反応としては、まれにワクチンの接種直後から数日中に、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、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・吐気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、咳嗽、動悸、筋力低下など、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、などが認められることがあります。いずれも通常2～3日で消失します。蜂巣炎（細菌による化膿性炎症）、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性のニューロパチー、湿疹、血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、ぶどう膜炎があらわれることがあります。

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（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) 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、白血球破碎性血管炎など）、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群（Steven-Johnson症候群）、(12) ネフローゼ症候群。

なお、副反応による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または家族が、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に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人（ほかの医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前に医師へその旨を伝え、判断を仰いでください）
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. カゼなどの引きはじめと思われる人
2. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
3. 前回の予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
4. 今までにけいれんを起こしたことのある人
5. 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
6. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
7. 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことのある人

【ワクチン接種後の注意】

1. 接種後30分間は病院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医師とすぐに連絡を取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。はげしい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。