

住 所	豊根村			
氏 名			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、医療機関に定期的に通院をしていますか。 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	
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	
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	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて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)有効期限がきれていないか確認	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 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判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 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】

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、副反応に関して、過敏症として発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管性浮腫が報告されています。接種部位の局所症状として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂窩炎が報告されています。精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦が報告されています。消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退があり、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下が報告されています。その他の副反応として発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎が報告されています。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ください。

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（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 (ADEM)：通常接種後数日から2週間以内に（まれに28日以内に）発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害などがあらわれる (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（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、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）、急性汎発性発疹性膿疱症 (12) ネフローゼ症候群

上記の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または家族が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となります。

【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（通常は37.5℃以上の人）
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

ほか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へその旨を伝えて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. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などのある人
2. カゼなどの引きはじめと思われる人
3. 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. 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がある人
5. 今までにけいれんを起こしたことがある人
6. 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がある人
7. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

【予防接種を受けた後の注意】

1. 接種後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、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、接種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、普段通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、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。