

		診察前の体温		度	分
住 所	豊 根 村				
(フリガナ) 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
今日受ける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等について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（ ）	いいえ	はい	
現在、医療機関に定期的に通院していますか。 病名（ ） 治療（投薬等）を受けていますか。 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もよいと言われましたか。	いいえ	はい	
1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
免疫不全と診断を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
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。 薬・食品名（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

接種を受ける方の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種することに（ 同意します ・ 同意しません ） 。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票を市町村に提出することに同意します。 接種を受ける方の自署※ （※自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種を受ける方との続柄を記入） 代筆者氏名 代筆者の続柄

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（ 実施できる ・ 見合わせた方がよい ） と判断します。 接種を受ける方に対して、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、説明をしました。 医師署名

使用ワクチンロット番号	接種方法・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要確認	皮下注射 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

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

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】

ワクチンの接種により、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、血管性浮腫などがあらわれることがあります。全身状態として、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、嘔気、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、末梢性ニューロパチー、失神・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、次のような重大な副反応がみられることがあります。

（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。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予防接種健康被害救済制度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（通常は37.5℃以上）
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（他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お医者さんにその旨を伝え、判断を仰いでください）
4. その他、お医者さん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. カゼなどのひきはじめと思われる人
2. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気など基礎疾患のある人
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の人がいる人
6. 間質性肺炎、気管支喘息等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

【予防接種を受けた後の注意】

1. 接種後30分間は医療機関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お医者さん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、速やかにお医者さんの診察を受けてください。