

2019年度インフルエンザ予防接種問診票(1回目,2回目)



		診察前の体温		度 分	
住所	Tel: — —				
受ける人の氏名	フリガナ	男女	生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和	
保護者の氏名				(歳 か月)	

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日う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?	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか?	はい	いいえ 前回接種 月 日	
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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
最近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	
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	
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	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	

医師の記入欄 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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした 医師署名又は記名押印
--

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) 令和 年 月 日 本人(もしくは保護者)サイン
--

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 かねこ子どもクリニック
Lot No.		医師名 金子 淳
		接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザワクチンの接種について

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を抑制・症状を軽減したり、インフルエンザによる合併症や死亡など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、小水疱、蜂巣炎などがみられることがあります。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、かゆみ、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、めまい、麻痺、血管迷走神経反応、しびれ感、振戦、消化器症状として、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります。（いずれも頻度不明）。そのほかに、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動機、ブドウ膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので、医師に申し出てください。

非常にまれですが、次のような重篤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、呼吸困難等）、(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、意識障害等）、(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、歩行障害等）(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、(9)血管炎（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎等）、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜症候群（Stevens-Johnson症候群）、(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合には、すぐに医師に申し出てください。

【予防接種をうけることができない人】

1. 明らかに発熱のある人（37.5度以上の人）
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うけて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
又は、過去にその他の原因でアナフィラキシーを起こした人は、接種をうける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
4. その他、医師が予防接種をうけることが不適当と判断した人

【予防接種をうけるに際し、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ある人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種をうけたときに、2日以内に発熱のみられた人および、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（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
6. これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがある人
7. 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
8. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンの接種をうけたあと30分間は、急な副反応が起こることがあります。
接種した医療機関に留まるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつもどおりの生活をしていただいてもかまいません。ただし、激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日() です 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	かねここどもクリニック