

インフルエンザ予防接種予診票(フルミスト)

*接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい。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下さい。

*記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に關してのみ使用致します。

住所		TEL	診察前の体温	度	分	
(フリガナ)		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		
受ける人の氏名				年	月	日生
保護者の氏名				(満	歳	ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ () 回目 前回の接種は (月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところはありますか。	はい 具体的に ()	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、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	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ()	いいえ	
6. これまでに特別な病気（心疾患系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けましたか。	はい 病名 ()	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい () 年 () 月頃 (現在治療中 ・ 治療していない)	いいえ	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	いいえ	
9. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、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	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名 ()	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ()	いいえ	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名・症状 ()	いいえ	
14. (女性の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に ()	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。			
※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、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)
本人もしくは保護者の署名 (代筆者の場合：続柄) 自署できない者は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名 Lot No.	皮下接種 ☐ 0.5 ml (3歳以上) ☐ 0.25ml (1歳以上3歳未満)	実施場所 : 三 島 共 立 病 院 医 師 名 : 接種年月日 : 令和 年 月 日
(注)有効期限がきれていないか要確認	右 / 左	

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当たって、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。

その為、1枚目の予防票に出来るだけ詳しくご記入下さい。

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がご記入下さい。

【 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、副反応は一般的に軽微です。鼻づまり、咳、のどの痛みが生じることもありますが2～3日で消失します。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・下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが通常は2～3日で消失します。過敏症として、発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパシー、ぶどう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、アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難など) (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) グラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など) (4) けいれん(熱性けいれんを含む) (5) 肝機能障害、黄疸 (6) 喘息発作 (7) 血小板減少性紫斑病、血小板減少 (8) 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、白血球破砕性血管炎等) (9) 間質性肺炎 (10) 脳炎・脳症、脊髄炎 (11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)

このような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

なお、他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にその旨を伝えて判断を仰いで下さい。

4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

【 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、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれん(ひきつけ)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がある人
8. 妊娠の可能性のある人
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を受けたあと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、医師とすぐに連絡をと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。
激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。

※ 保護者が同伴できない高校生に相当する方の場合のみ記載 ※

私はインフルエンザ予防接種を受けさせるに当たっての説明文書を読み、予防接種の目的や効果、安全性について理解しました。
この文書を持参する本人の保護者としてインフルエンザのワクチンを接種することに同意します。

接種者氏名	:
接種者生年月日	:
保護者自署	:
保護者住所	:
緊急の連絡先	: