

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

※太枠内にご記入ください。			診察前の体温 : 度 分
住所			TEL
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成 (歳 ヶ月) 令和
保護者の氏名			

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. 【予防接種を受け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	ある 具体的に ()	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある 具体的に ()	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい 病名 ()	いいえ	
6. 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	
7. 1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	病名 (いる)	いない	
8. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名 () 接種日 (月 日)	いいえ	
9. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①前回受けたのは (年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③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が ありますか	はい ある (症状:) ある (予防接種名:) (症状:)	いいえ ない ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、 脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、 医師の診断を受けたことがありますか (“ある”の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防 接種を受けて良いといわれましたか	ある 具体的に () はい	ない いいえ	
11. 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	ある (ころ 回くらい)	ない	
12. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断 されたことがありますか	ある () 年 () 月頃 (現在治療中・治療していない)	ない	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましん がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	いる 予防接種名 ()	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいこと があれば、具体的にご記入ください			

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、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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

使用ワクチン名・ Lot. No.	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種	実施場所: 医療法人財団順和会 山王病院
	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	医師名: _____
	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	接種日: _____ 年 月 日

インフルエンザHAワクチンの予防接種について

1. インフルエンザと合併症

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過(肺炎、死亡など)をたどることがあり、注意が必要です。

2. ワクチンの効果と副反応

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化して入院することを防ぐ効果が期待されます。

ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。(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(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(スティーブンス・ジョンソン症候群)、(12)ネフローゼ症候群。

3. 次の方は接種を受けないでください

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃をこえる場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応の起こり)を起こしたことがある方
- 4) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

4. 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 3) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往歴のある方
- 4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患を有する方
- 7) 妊娠している方
- 8) 出生時に未熟児で発育の悪い方(接種される方がお子さまの場合)
- 9) 発育が悪く、医師、保健師の指導を受けている方(接種される方がお子さまの場合)

5. 接種後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応(息苦しさ、じんましん、せきなど)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応(発熱、頭痛、けいれんなど)の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。