

チメロサルフリー インフルエンザ接種予診票

住所			診察前の体温 ℃		
フリガナ 接種者氏名	男・女	生年月日 西暦 年 月 日(歳)			
保護者氏名		電話番号 — —			

質問事項	回答欄	医師記入欄
インフルエンザ（チメロサルフリー）について 書かれている説明書を読み、理解しましたか	はい・いいえ	
今日受けられるインフルエンザの予防接種は 今シーズン何回目ですか 1回目（ 月 日）	1回目 2回目	
【予防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	いいえ・はい	
今日、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、何かの病気で医師にかかっていますか	いいえ・はい	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか（ ）	いいえ・はい	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、 おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いいえ・はい	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか ワクチン名（ ）	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	はい・いいえ いいえ・はい	
生まれてから今までに特別な病気（先天性異常・心臓・腎臓・肝臓 脳神経・免疫不全など）にかかり医師に診察を受けていますか 病名（ ）	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（ 歳ごろ）	いいえ・はい	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と 診断されたことがありますか	いいえ・はい	
鶏卵・ゼラチン・薬剤などに強いアレルギー反応を起こしたことが ありますか （薬・食品名 いつ頃 どんな症状 ）	いいえ・はい	
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	いいえ・はい	
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	いいえ・はい	
女性の場合→現在妊娠中、またはその可能性がありますか	いいえ・はい	
今日の予防接種について質問はありますか	いいえ・はい	

本人（保護者）記入欄 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十分に理解した上で 予防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） 本人署名（もしくは保護者署名）_____

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は 可能・見合わせる

医師名

使用ワクチン名	接種量(皮下接種) □0.25m l □0.5m l	実施場所 医師名 中村 隆広	ゆめが丘あかちゃんこどもクリニック 接種年月日 西暦 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

〈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なります。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、血管浮腫などがあらわれることがあります。全身症状として、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が、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、白血球破砕性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-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℃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へその旨を伝え、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適当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さんとはよく相談しなくてはならない人〉

- ① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
- ② カゼなどのひきはじめと思われる人
- ③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
- ④ 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
- ⑤ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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症の人がいる人
- ⑦ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧ 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
- ⑨ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

- ① 接種後30分間は病院にいて様子を観察し、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。ただし、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。

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 分頃おこしください	医療法人社団湘南薫風会 ゆめが丘あかちゃんこどもクリニック