

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

*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。

住 所		TEL()		度 分	
(フリガナ)	()	男	生年	明治	年 月 日生
受ける人の氏名		女	月日	大正	(歳 ヲ月)
(保護者の氏名)				昭和	
				平成	

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(裏面)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がありますか。	ある 具体的に()	ない
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ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	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系疾患と診断され、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。	ある()回ぐらい 最後は()年()月頃	ない
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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 薬または食品の名前 ()	ない
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、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる 病名()	いない
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名()	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。	ある 予防接種名・症状 ()	ない
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。	ある 具体的に()	ない
16. 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、具体的に書いて下さい。		

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) 医師の署名又は記名押印
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)

(※自署できない者は代筆者が署名し、
代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： 医師名： 接種日時： 平成 年 月 日 時 分
カルテNo.		

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

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。そのため、表面の予診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、インフルエンザの発病を阻止したり、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、しびれることがあります。通常は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・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、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、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、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下さい。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(じんましん、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)ギラン・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て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又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救済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. かぜ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日以内に発熱のみられた人及び発しん、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し支えありませんが、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。

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 おこし下さい	

予約インフルエンザワクチン接種の注意点（3.4に注意）

1. 混雑解消の為、問診票は前日までに取りに来るか、ホームページからダウンロードしてください。そして必ず記入して、当日持参してください。検温もご自宅で行い記入しておいてください。
2. 受付は、各サイクル終了時刻10分前まで。遅れた場合は後回し・もしくは無効になってしまいます。
- ★3. ご自身の判断、または他院の判断でのインフルエンザ延期希望は認められません。打つていいか迷った時は、診療時間内に受診をお願いいたします。
- ★4. 当院の「予約インフルエンザワクチン」は、「ワクチン自体の予約」ではなく、「ワクチン接種日時の予約」です。予約時間にこれなかった人は、通常診療時間内で予約外ワクチン料金で接種となります。（予約外ワクチンあるときのみ。疾病の罹患も例外ではありません。）
「連絡なき欠席」は、キャンセル料が発生することがあります。
5. 予約接種時間帯の診察、処方はいりません。
6. 卵アレルギーの方・卵を食べたことがなく、かつ今までにインフルエンザワクチンを打ったことがない子供さん・1歳未満の子供さんはワクチン接種を行わないことがあります。 23/11/12

予約インフルエンザワクチン接種 最重要注意点

当院の「予約インフルエンザワクチン」は、保健センターで行うBCG・ポリオ、また保健センターより紙がおくられてくる、ヒブ・三種などと違い、「ワクチン自体の予約」ではなく、「ワクチンを接種する日時の予約」です。というのは、1日でインフルエンザワクチンを打てる量、人数が決まっているからです(なので、連絡のないキャンセルは当院の損失ということになります)。

また前日までに他院で「ワクチン接種は無理」と診断された場合でも、当日の接種の可否は接種医が最終決定しますので、予約日の午前中の診療時間に受診するようにしてください。接種不可能と判断した場合、こちらの指示で別の日時に予約料金で接種を可能とします。(その場合は、通常診療内になります)

電話のみでの「他院で打っては駄目といわれたからキャンセル」は予約自体が無効となります。その場合は、もし当院にワクチンが余っていれば、予約外料金で、好きな日時に打っていただいて結構です。

また病気の罹患以外の都合での変更は、予約枠が余っている場合は可能ですが、先にも申しましたように、「その日1日の接種量が決まっています」ので、変更は不可能です。

次に、他院で水痘・おたふく・手足口病・突発疹などと診断された場合は、接種可能となった時期に当院にワクチンが余っていれば、予約外料金で接種を行いますが、ワクチンの在庫がなくなった場合は接種不能となります。ワクチンの「取り置きはしない」ことをご了承ください。ただ当院で上記と診断された場合には、後日ワクチン接種を予約料金で施行させていただきます。

これらの制限は「疾病の罹患は自己責任」、「医者が自分の診断、処置に責任を持つ」の考えに基づいています。

以上のように、「ワクチンのみ受診」の方にはある程度の制限がございます。毎年のインフルエンザワクチン不足と、ご本人の普段の状態、今までの疾患に対する抵抗力の度合いなどを当院が十分に把握できていないためです。

そういった意味でも、できればワクチン接種はかかりつけ医をお持ちの方は、そちらで施行が好ましいと思います。多少の融通は効くでしょう。

かかりつけ医のワクチンがなく当院で施行の場合は、以上の注意点をご理解ください。

23/11/14 院長 坪井俊二