


# インフルエンザ予防接種予診票

新

受付 会計 接種  
( ) ( ) ( )

※接種希望の方へ:太枠の中をご記入下さい。  
※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( )   |  | 診察券番号  |
| (フリガナ)   | 性別   | 生年月日                                       | 大・昭・平・令 年 月 日                                    |
| 受ける人の名前  | 男・女  |  | 歳<br>ヶ月  |
| 保護者署名(接種者が未成年者の場合)   |  |  |  |
| <b>質問事項</b>  |  | <b>回答欄</b>                                 |  |
| 現在の年齢で該当する欄に○をつけてください。<br>6ヶ月～2歳 ・ 3歳～64歳 ・ 65歳以上<br>※65歳以上の方は公費専用の問診票をご利用ください   |  | 体温   | ℃  |
| 1. 今日受ける予防接種の説明(裏面)を読んで理解しましたか。  |  |  | はい   |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は   |  | 2回目(1回目接種日 / )                             | 1回目  |
| 3. 今日、具合の悪いところがありますか。<br>または1ヶ月以内に病気にかかりましたか   |  | ある(具体的に)                                   | ない   |
| 4. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ<br>などにかかった方がいますか。<br>※潜伏期間が2-3週間あるため、その場合は効果が出ないことがあるのでお勧めしません  |  | ある(病名)                                     | いない  |
| 5. 現在、何かの病気にかかっていますか。  |  | はい(病名)<br>薬を飲んでますか(いる・いない)                 | いいえ  |
| 6. 初回の熱性けいれんを、8週間以内に起こしましたか。<br>※8週間以内に初回のけいれん発作があった場合は接種をお勧めできません   |  | はい   | いいえ  |
| 7. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)、予防接種で具合が悪くなったことがありますか。  |  | ある(薬または注射名)                                | ない   |
| 8. 分娩時、出生時、乳児健診で異常があり、予防接種を控える<br>様に言われたことはありますか？  |  | ある(具体的に)                                   | いいえ  |
| 9. 6ヵ月以内にガンマグロブリンの点滴を受けましたか。<br>※投与されている場合は効果が出ないことがあるためお勧めしません  |  | はい   | いいえ  |
| 10. 高血圧・高脂血症(脂質異常症)・糖尿病などを指摘されている方で<br>動脈硬化の有無(血管年齢・頸動脈エコー)の検査を希望されますか   |  | はい   | いいえ  |
| 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<br>具体的に書いて下さい。  |  |  |  |
| ★LINE友達登録 いろいろな情報お届けしますのでこの機会にぜひご登録を！<br>登録はこちら→  |  |  | 全ての質問にチェックできましたか？<br><input type="checkbox"/> はい |
| インフルエンザHAワクチン  | 用量<br><input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月～2歳) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) | 医師名・接種日時                                   |  |
| Lot No.  | 用法 : 皮下接種  | 医師名: 溝口(哲) 溝口(優) 藤山 辻村<br>坂口 牧野<br>接種日時: R |  |

コロナ対策のため、発熱・下痢など  
体調が優れない方は予約の変更を  
お願いいたします  
インフルエンザワクチンに関してはこちら



\* 接種可能な人のみ医師名に○をつける  
実施場所: 静岡県袋井市浅岡45-1  
0538-23-8300  
溝口ファミリークリニック

※インフルエンザ予防接種による母胎、胎児への影響よりも、インフルエンザに罹患することによる  
危険性の方が上回るため、妊娠全期間を通して、接種する事が勧められています

# 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ください。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。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることありますが通常は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、下痢などもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い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(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)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)肝機能障害、黄疸、(5)喘息発作。このような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相当と判断した人

## [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、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)で皮膚に発しんが出たり、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. 気管支喘息のある人

## [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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
3. 接種当日は、接種部位を清潔に保ちましょう。注射した部位をこすことはやめましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。