

インフルエンザワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、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、裏面の予診票にでき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ください。



なお、インフルエンザについては、武田薬品のホームページ(https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/influenza/)でも紹介しています。

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、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、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることもありますが、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。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(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等)、(2)急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等)、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・バレー症候群、(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等)、(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。(1)から(12)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ください。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又は近親者が、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(通常は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ください

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のある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

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、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
3. 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
4. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどお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
5. 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ください

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日() 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

インフルエンザ予防接種予診票

※太枠内を全てご記入下さい

[illegible]

度

分

住 所		T E L () ー
フリガナ		生年月日 (歳 か月)
受ける人の氏名		年 月 日生
(保護者氏名)		男 ・ 女

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
これまでにインフルエンザワクチンを受けて副反応がでたことがありますか。	はい	いいえ	
※過去にインフルエンザの予防接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある方は、接種できません			
今日受ける予防接種について裏面説明文を読んで理解し、接種を希望されますか。	いいえ	はい	
今日ワクチンを受ける方の年齢を教えてください。 2歳以下の方は1回につき0.25mlを接種、3歳以上の方は0.5mlを接種します。	0歳～2歳 0.25ml	3歳以上 0.5ml	0.25 / 0.5
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか？	1回目	2回目	① / ②
ご希望のワクチンの種類に丸で囲んでください。(税込) 通常ワクチン(3500円) ・ チメロサルフリー(防腐剤なし 4000円)			
1.本日、体に具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
2.過去5日以内に37.5度以上の発熱はありましたか。	はい	いいえ	
※解熱した翌日から5日間は接種をお控えください。			
3.接種当日または3日以内にご家族内で発熱者がいましたか。	はい	いいえ	
※数日以内に家族内で発熱者がいる場合は、感染する可能性があるため、家族が発熱してから3日程度空けてからの接種をおすすめします。			
4.最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名) (いつ頃)	いいえ	
5.現在、何らかの病気で通院や治療を受けていますか。	はい(病名)	いいえ	
6.現在内服しているお薬はありますか？	はい(内服薬)	いいえ	
7.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。	いる(病名)	いない	
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
8.これまで間質性肺炎、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 ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
9.近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ	
10.薬や食品(鶏肉や鶏卵など)で皮膚に発しんやじんま疹が出たり体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬または食品名) (いつ頃)	ない	
11.1か月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜにかかった方がいますか。	はい(病名)	いいえ	
12.これまでに、けいれんを起こしたことがありますか。	ある	ない	
(“はいの場合”)最後のけいれんはいつでしたか？	年 月 日 回目		
※最終発作から、初発の方は3ヶ月、再発の方は1ヶ月空けてからの接種をおすすめします。			
13.(女性の方) 現在妊娠しているまたは妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
14.その他、健康状態のことで医師に伝えておきたい事があれば具体的にご記入ください(投薬状況など) ()			

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理解した上で 接種を希望いたします。 本人署名（もしくは保護者署名）	【署名】
---	------

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
本人また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包に基づく救済について説明した		
	通常 ・ フルービック	
使用ワクチン	実施場所	医療法人社団 たまこどもクリニック
L O T N o	医師名	
	接種日時	年 月 日