



【インフルエンザ】予防接種予診票（1回目・2回目）

		診察前の体温		度 分	
住 所	安芸太田町大字				
ふ り が な		男 女	生年 月 日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)	
受ける人の氏名					
保護者の氏名					

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか。	いいえ	は い	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	は い	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	は い	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	は い	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	は い	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん,風しん,水疱,おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	は い	いいえ	
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,免疫不全症,その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。 病名 ()	は い	いいえ	
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よいと言われましたか。	いいえ	は い	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳頃)	は い	いいえ	
そのときに熱がでましたか。	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	は い	いいえ	
お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	は い	いいえ	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
家族でインフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	は い	いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	
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） 予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師の記名又は押印			

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名
L o t №	ml	実 施 場 所
		医 師 名
		接 種 年 月 日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください。）

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、接種を希望しますか。

（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることを同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

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、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、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、蕁麻疹、湿疹、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)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患や障害など)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℃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、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. 気管支喘息等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、注射した部位をこする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。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出た場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。