

※接種希望の方は**太枠内**にご記入ください
※お子さんの場合、健康状態を把握している保護者をご記入ください。

カルテNo.:

診察前の体温		度		分
所属		部署		
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男・女	生年月日	西暦
(保護者の氏名)		TEL	()	-

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を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2-1.	今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
2-2.	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	はい	
3.	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ()	いいえ	
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良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.	最近一カ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ()	いいえ	
6.	これまで特別な病気（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、医師の診察を受けましたか。	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 ・ 未治療	いいえ	
8.	これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	いいえ	
9.	これまでに薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しん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 薬名または食品名 ()	いいえ	
10.	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	
11.	1ヶ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はいますか。	はい 病名 ()	いいえ	
12.	1ヶ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.	これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい 予防接種名・症状 ()	いいえ	
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、乳幼児健診等で異常はありましたか。	はい 具体的に ()	いいえ	
16.	その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いてください。			

医師記入欄: 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。

接種歴

+

卵アレルギー

-

+

アルコール

OK

NG

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)

※自筆できない者は代筆者が氏名・続柄を記載し署名。

続柄

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
インフルエンザHAワクチン	Lot.No.	皮下接種 □0.5mL (3歳以上)	実施場所:	
			医師名:	#N/A
			接種年月日:	年 月 日

※記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種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。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

上記の症状が認められたり、疑われる場合はすぐに医師にお申し出下さい。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医師へその旨を伝え、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

〈予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない人〉

- ①発育が遅く、医師や保健師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分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあれば医師とすぐに連絡を取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、速やかに医師の診察を受けてください。

※18歳未満の方は、保護者の方による以下の同意書の記入が必要です。

未成年保護者同意書

私（保護者）：_____ は、受診者（満 ____ 歳）：_____ のインフルエンザ予防接種について、目的・リスク・急変時の医療処置（保険診療）および個人情報の取扱いに同意し、本受診を承諾します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者氏名（自署） _____ （続柄） _____

住所 _____

緊急連絡先 TEL _____