

A4 用紙で印刷してください。



生馬医院



## 国産 不活化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、予診表に出来るだけ詳しく御記入ください。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御記入ください。

### [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、副反応には、下記のような物があります。

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となります。

	1歳以上3歳未満	3歳以上13歳未満
注射部位紅斑	5例(20.8%)	10例(27.8%)
注射部位腫脹	3例(12.5%)	13例(36.1%)
注射部位硬結	2例(8.3%)	7例(19.4%)
注射部位疼痛	2例(8.3%)	16例(44.4%)
注射部位熱感	2例(8.3%)	7例(19.4%)
注射部そう痒感		5例(13.9%)
倦怠感		3例(8.3%)
頭痛		3例(8.3%)
発熱	3例(12.5%)	5例(13.9%)
その他稀な副反応		
頻度 0.1%未満	ショック、アナフィラキシー様症状・急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	
頻度不明	ギラン・バレー症候群・けいれん・肝機能障害・気管支喘息・血小板減少性紫斑病・血管炎・間質性肺炎・脳炎・脳症・皮膚粘膜眼症候群・ネフローゼ症候群	

### [この予防接種を受けることが出来ない人]

- 1:明らかに発熱のある人(37.5度を超える人)
- 2:重篤な急性疾患にかかっている人
- 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事がある人。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

### [この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:予防接種を受けた時に、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異常がみられた人
- 5: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のある人
- 6:今までに痙攣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(産婦人科主治医の許可をもらってください。)
- 9:気管支喘息のある人

### [ワクチン接種後の注意]

- 1:接種後 15~30分間は、急な副反応が起きる事があるため、15分は院内待機。残りの15分は、院内または、当院駐車場の患者様の車で待機してください。
- 2:接種当日の入浴は差支えありませんが、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。激しい運動や多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ください。



# 生馬医院 (国産) インフルエンザ予防接種予診票



※接種希望の方へ：太ワク内 に御記入ください。

※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御記入ください。

		診察前の体温		度
住所		TEL		
ふりがな		性別	男	女
受ける人の氏名		生年月日	年	月 日
(保護者の氏名)		年齢	歳	
質問事項		回答欄		備考
1: 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	
2: 今日受ける予防接種について説明文(1ページ目)を読んで理解しましたか?		いいえ	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?		はい : 病名 : 薬名	いいえ	
5: 最近1か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: 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	
8: 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか?		回数: 最終 年 月頃 ある	ない	
9: 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹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 : 薬名 : 食品名	ない	
10: これまで気管支喘息と診断され、現在治療中ですか?		はい 年 月頃 ( 治療中/ 未治療)	いいえ	
11: これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか?		ある : 接種名 : 症状	ない	
12: 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか?		ある : 病名	ない	
13: 1か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	
14: (ご婦人の方に) 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様の場合) 分娩時、出生児、乳児健診などで異常がありましたか?		ある : 異常内容	ない	
16: その他、健康状態の事で医師に伝えておきたい事があれば、具体的に書いてください。				
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)		本人もしくは保護者の署名		
<b>医師の記入欄</b>		<b>医師の署名</b>		
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)				
使用ワクチン名	Lot. No.	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時	
インフルエンザ HA ワクチン 北里研・微研・化研・デンカ		皮下接種  0.25ml・0.5ml	実施場所: 生馬医院 医師名: 小山公克・小山博史 接種日時: 平成 年 月 日 時 分	
カルテ No.				

国産 不活化 インフルエンザ ワクチン