

受診番号	窓口会計 有・無
------	-------------

インフルエンザ予防接種予診票

受診者様の個人情報は、個人情報保護法を遵守し予防接種以外には使用いたしません。
裏面を確認して個人情報の取扱いにご同意いただける方は、下記の間診にご記入いただきお受け下さい。

任意接種用

※接種希望の方は、太枠のみご記入下さい

本日の体温	℃
-------	---

会社名	保険証 記号	保険証 番号	本人（被保険者） 家族（被扶養者）
フリガナ	生年月日	昭和・平成	年 月 日 歳
氏名	性別	男	女
住所	TEL	()	

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文(裏面)を読み、効果や副反応などについて理解しましたか？	いいえ	はい	
現在何か病気にかかっていますか？ また今日具合の悪いところがありますか？ 病名、具合の悪い箇所（ ）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか？	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？	いいえ	はい	
特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）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？ 薬名・食品名（ ）	はい	いいえ	
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	
①前回受けたのは（ 年 月頃）	はい	いいえ	
②その際に具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	
③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか？（新型コロナワクチン接種含む） 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
2週間以内に新型コロナワクチンを受けましたか？	はい	いいえ	
本日以降、2週間以内に新型コロナワクチン接種を受ける予定がありますか？	はい	いいえ	
※新型コロナワクチン接種の前後2週間以内の方は、当クリニックでは接種できません。			
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されていますか？	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、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	
（女性の方に）現在妊娠していますか？ ※妊娠中の方は当院では接種できません。	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	

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。

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等について理解した上で、接種を希望しますか。

希望する	接種者自署	希望しない
-------------	--------------	--------------

※自署できない場合は代筆者が署名し代筆者氏名と被接種者との続柄を記載して下さい。

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 署名 _____
使用ワクチン名		実施機関・接種日
名称	インフルエンザHAワクチン	実施機関
メーカー名/製造番号		医療法人社団生光会 新宿追分クリニック
<特記事項>	皮下接種 0.5ml	接種日

インフルエンザHAワクチンの予防接種をご希望の方に

＜個人情報取り扱いについて＞

個人情報につきましてはインフルエンザの予防接種以外には使用いたしません。

利用目的：予防接種の実施、事業所・健康保険組合等への請求明細に使用（氏名など）

＜インフルエンザと合併症＞

患者さんのせきやくしゃみにより空気中に浮かんだり手についたインフルエンザウイルスが、気道に感染します。感染して1～5日すると、だるくなったり、急な発熱、のどの痛み、せき、くしゃみなどの症状が出始めますが、普通は約1週間で治ります。しかしお年寄り、赤ちゃん、免疫力の低下している人や大人でも体力の弱っている人などが感染した場合は、重篤な経過（肺炎、死亡など）をたどることがあり、注意が必要です。

＜ワクチンの効果と副反応＞

ワクチンの効果について以前から論議されてきましたが、ワクチン接種を受けていれば、インフルエンザに感染しても症状が軽くすみます。また、重症化して入院することを防ぐ効果は30～70%程度といわれています。ワクチン接種に伴う副反応として、発熱や、注射部位が赤くはれたり、硬くなったりすることがあります。発現頻度は、発熱は100人に数人位、赤くはれたりするのは10人に1人位です。ごくまれですが、次のような副反応を起こすこともあります。（1）ショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、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）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など）（10）間質性肺炎（11）皮膚粘膜腫症候群（アイトプソゾヨソ症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、（12）ネフローゼ症候群

＜次の方は当クリニックで接種ができません＞

- 1) 明らかに発熱している方（通常は37.5℃をこえる場合）
- 2) 重い急性疾患にかかっている方
- 3) 本剤の成分により、アナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある方
- 4) 新型コロナウイルスワクチン接種の前後2週間以内の方（1・2回目の間も不可）
- 5) 妊娠中または妊娠の疑いのある方（授乳中は接種は可能）
- 6) 18歳未満の方
- 7) その他、いつも診てもらっている医師にワクチンは受けない方がいいといわれた方

＜次の方は接種前に医師にご相談ください＞

- 1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある方
- 2) 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり異常をきたしたことがある方
- 3) 過去にけいれん（ひきつけ）の既往歴のある方
- 4) 過去にインフルエンザの予防接種を受けた時、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは、近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- 6) 気管支喘息のある方
- 7) 家族・会社内などの間に麻疹（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水痘（みずぼうそう）などの病気が流行しているときで、まだその病気にかかったことがない方
- 8) 1か月以内に予防接種を受けた方

＜接種後は以下の点に注意してください＞

- 1) 接種後30分間は、アレルギー反応（息苦しさ、じんましん、せきなど）が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 副反応（発熱、頭痛、けいれんなど）の多くは24時間以内に出現することが知られています。接種後1日は体調に注意しましょう。万が一、高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- 3) 接種後に接種部位が赤くはれたり痛む場合がありますが、通常4～5日以内に軽快します。なお体調に変化があれば速やかに医師の診察を受けてください。
- 4) 接種後の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすことはやめましょう。
- 5) 接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

本剤の接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等が受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

医療法人社団 生光会 新宿追分クリニック
東京都新宿区新宿3-1-13 京王新宿追分ビル7F
TEL 03-5363-3334