

【注意事項】

※下伊那厚生病院専用様式のため他の医療機関では使用出来ません。  
※受診時に院内で接種する場合は、予診票をお渡ししますのでこの様式は使用出来ません。

6ヶ月以上3歳未満

☐ 0.25ml

インフルエンザ予防接種予診票

|                                                                                                                               |  |                       |                                             |          |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------------------|----------|-------|
|                                                                                                                               |  | 診察前の体温                |                                             | 度 分      |       |
| 住所                                                                                                                            |  | TEL (       )       - |                                             |          |       |
| フリガナ                                                                                                                          |  | 男・女                   | 生年月日                                        | 昭和・平成・令和 |       |
| 受ける人の氏名                                                                                                                       |  |                       |                                             | 年 月 日生   |       |
| (保護者の氏名)                                                                                                                      |  |                       |                                             | (満 歳 ヲ月) |       |
| 【10歳以下のお子さんの場合】体重を記入してください。体重       .       kg                                                                                |  |                       |                                             |          |       |
| 質 問 事 項                                                                                                                       |  |                       | 回答欄                                         |          | 医師記入欄 |
| 1. JA組合員又はその家族ですか(准組合員も含みます)。                                                                                                 |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 2. 保険証の種類がJA健康保険組合ですか(農協の保険証を使われている方)。                                                                                        |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 3. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか。                                                                                             |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 4. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。                                                                                           |  |                       | 1回目                                         | 2回目      |       |
| 5. 現在、何か病気で医師にかかっていますか。(病名       )                                                                                            |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 6. 今までに特別な病気(先天性異常・肝臓・腎臓・血液・脳神経・免疫不全症・悪性腫瘍・その他の病気)にかかり、医師の診断の受けたことがありますか。<br>(具体的に       )                                    |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| (はいの場合)その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。                                                                                 |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 7. 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たことがありますか。<br>(       歳頃) 治療中・治療していない                                                         |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 8. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。(病名       )                                                                                       |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 9. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。<br>(具体的に       )                                                                                  |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 10. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(       歳頃)                                                                                   |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(       ℃)                                                                                                 |  |                       |                                             | いいえ      |       |
| 11. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。(薬、食品名       )                                                          |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 12. 今までに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。<br>(具体的に       )                                                                           |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 13. 最近1か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      |       |
| 14. 【女性のみ】現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。                                                                                         |  |                       | はい                                          | いいえ      |       |
| 15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)                                                                           |  |                       |                                             |          |       |
| 被接種者の記入欄<br>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、<br>今日の予防接種を【       希望します       ・       希望しません       】 |  |                       | 本人(保護者)自署<br>※16歳未満の場合、保護者の方の氏名・続柄を記入してください |          |       |

|                                                                                                                                                         |  |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の記入欄<br>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       )<br>本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに<br>予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名又は記名押印 |  | 接種量<br><input type="checkbox"/> 0.25mL<br>(6ヶ月以上3歳未満)<br><input type="checkbox"/> 0.5mL<br>(3歳以上) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| ワクチンメーカー名、ロット番号 | 実施場所、医師名、接種年月日                       |
| メーカー名           | 実施場所 JA長野厚生連 下伊那厚生病院                 |
| Lot No.         | 医師名<br>接種年月日       年       月       日 |

# インフルエンザワクチンの予防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すみます。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、多形紅斑、紅斑、かゆみ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、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) 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など）、(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）、(12) ネフローゼ症候群。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。

## 《予防接種を受けるときの注意》

- ① インフルエンザワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、予防接種を受ける前に医師に相談しましょう。
- ② 受ける前日は入浴（またはシャワー）をして、体を清潔にしましょう。
- ③ 当日は体調をよく観察して、普段と変わったところのないことを確認してください。
- ④ 清潔な着衣をつけましょう。
- ⑤ 予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう。
- ⑥ 予防接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳を持っていきましょう。

## 《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 家族、遊び友達、クラスメートのあいだに麻しん（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人
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑦ 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
- ⑧ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑨ 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
- ⑩ 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 接種後24時間は、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。
- ⑤ 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。