【注意事項】

Lot No.

※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。 ※<u>受診時に院内で接種する場合</u>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

インフルエンザ予防接種予診票

- •		.—-		
П	0	2	5 m	ī

(機震者の氏名)										診察前の	の体温	J.	度 分
受ける人の氏名 男 生年月日 年月月日生態 毎か月) (機養者の氏名) (機養者の氏名) (実験証の経知が1人健康保険組合ですか(機組の保険証を使われている方)。 はい いいえ 3. 今日受けられる子的核種について説明文を誇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. (具体的に のかっていますか。(病名) はい いいえ 7. 今までに時別な病気(先天性寒・旧様・母康・順彦・順辞・免疫本会産・基性腫瘍・その他の病気に からり、医師の診断の受けたことがありますか。(はい いいえ) はい いいえ 6. (具体的に (はいの場合)その背気をみてもらっている医師に今日の予防疫種を受けてよいだいわれましたか。(はい いいえ) いいえ 7. 今までに円滑が乗り出落使していない はい いいえ 8. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかからますか。(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。(はい いいえ) はい いいえ 10. (はいの場合)そのきを然が出ましたか。(ではい いいえ) はい いいえ 11. 素やで食品(観別、類様など)で、重いアレルギー症状(アナフィウキシーなど)を起こしたことがありますか。(はい いいえ) 12. 素でにひきのが出ましたか。() はい いいえ) 13. 最近1か月以内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。(はい いいえ) はい いいえ) 14. 【女性のより内に子膀接種を受けて、具合が悪くなったことがあれば具体的にご試入(ださい代寒状的など) 本人(保護者)自署 ※16歳未満の場合、保護者の方の氏名・精解を記入してください (な来様) (を持しままま) 本人(保護者)自署 ※16歳未満の場合、保護者の方の氏名・精解を記入してください (な来様) (を持しよる様) (を持しままま) (を持しよる様) (を持しままま) 本人(保護者) 自署 (を行政よど様を) (を行りまと) (を行りまと) (を行りま								TEL	()	_		
(病							男		昭	和・平成	・令和		
【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							• +r	生年月日			•		日生
1. JA組合員又はその家族ですか(権組合員も含みます)。	(保	と護者の氏名)			[10#	きいてのひ		○周○1 #	F. }				
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. 今日受けられる子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 今までに特別が病気(先来性異常・可識・智線・血液・樹神経・免疫不全症・悪性臓瘍・その他の病気)に かいり、医師の診断の受けたことがありますか。											。 <u>华里</u>		
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。	1.	JA組合員ス	又はその家	で族ですか(准済	組合員も含み	みます)。					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 今までに特別な病気(先天性異常・肝臓・智燥・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。 6. (具体的に) はい いいえ (はいの場合)その病気をみてらっている医師に今日の予助接種を受けてよいといわれましたか。 はい いいえ (説いの場合)その病気をみてらっている医師に今日の予助接種を受けてよいといわれましたか。 はい いいえ (歳頃) 治療中・治療していない (病名) はい いいえ (最頃) 治療中・治療していなかのりましたか。(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。 (歳頃) はい いいえ つまでにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (歳頃) はい いいえ 10. (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(で) にい の場合)そのとき熱が出ましたか。(で) にい がいえ 12. (具体的に) はい いいえ 12. (具体的に) はい いいえ 14. 【女性のみ】現在妊娠している、又は妊娠しているの能性はありますか。 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 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ぐださい(投薬状況など) *** ********************************	2.	保険証の種	重類がJA傾	**康保険組合で	ごすか(農協σ	分保険証を使	うわれて	いる方)。			はい	いいえ	
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 今までに特別な病気(失寒性異常・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。	3.	·									はい	いいえ	
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。 はい いいえ (はいの場合)その痛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・気管支離息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。 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。 はい いいえ (具体的に) はい いいえ 0・10・(はいの場合)そのとき熱が出ましたか。 (で) にいる場合)そのとき熱が出ましたか。 (で) はい いいえ 11・とがありますか。(薬、食品名) はい いいえ 12・とがありますか。(薬、食品名) 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・ ながして、最適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) ない いいえ 15・ 本人(保護者)自署 医師の診験 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、重察な副反応の可能性などについて理解した上で。 本人(保護者)自署 ※16歳未満の場合、保護者の方の氏名・緑柄を記入してください 大人(保護者)自署 第2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・2・	4.	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	
6. (具体的に	5 .	現在、何か	病気で医	師にかかってV	ゝますか。(症	有名)	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。 はい いいえ (歳頃) 治療中・治療していない 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。 はい いいえ (具体的に) はい いいえ (具体的に) はい いいえ (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(で) はい いいえ (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(で) いいえ 10. (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(で) 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 はい いいえ 2. (具体的に) はい いいえ 12. (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て、具合が悪くなったことがありますか。 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 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) 本人(保護者)自署 ※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 技術権者の記入欄 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、重筋な耐反応の可能性などについて理解した上で、今日の予防接種を 【 希望します ・ 希望しません 】	6.	かかり、医師				凶神経・免疫 ^ス	不全症•	悪性腫瘍・その)他の	病気)に	はい	いいえ	
7. (歳頃) 治療中・治療していない 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。		(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。								したか。	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。 はい いいえ 10.	7.	今までに間貸 (実患と診断る	されたこ	ことがあります	か。		はい	いいえ	
9. (具体的に	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	
10. (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(℃) (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(℃) (はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(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)を起こしたこはいいいえ 12. (具体的に) はいいいえ 12. (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 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. をの他、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) 本人(保護者)自署 ※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性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、今日の予防接種を	9.		と違って具	具合の悪いとこ	ろがあります	カ′。)				はい	いいえ	
(はいの場合)そのとき熱が出ましたか。(C) いいえ 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 はい いいえ 12. (具体的に) はい いいえ 12. (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)	10		きつけ(け	いれん)をおこ	こしたことがあ	りますか。	(歳頃)			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。	10,)そのとき熱	が出ましたか。(Ć	C)						いいえ	
12. (具体的に	ž 11.				アレルギー	症状(アナ)	フィラ	キシーなど);	を起	ピニしたこ	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 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) ***********************************	12	今までに予 ・(具体的に	防接種を	受けて、具合か	ぶ悪くなったこ	ことがありま)	きすか。)				はい	いいえ	
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 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、 今日の予防接種を【 希望します ・ 希望しません 】 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) 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 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	13.	. 最近1か月	以内に予	防接種を受ける	ましたか。(子	防接種名)			はい	いいえ	
被接種者の記入欄 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、 今日の予防接種を【 希望します ・ 希望しません 】 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) 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 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	14	.【女性のみ】	現在妊娠	している、又に	は妊娠してい	る可能性に	よありま	きすか。			はい	いいえ	
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、 今日の予防接種を【 希望します ・ 希望しません 】 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) 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	15	その他、健康	状態のこと	で医師に伝えてお	おきたいことが? 	あれば具体的	的にご言	記入ください(打	殳薬	状況など)			
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) 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 るとは接続は序述をおきませば制度について、説明をします。	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、 今日の予防接種を【 希望します ・ 希望しません 】												
医師の者名又は記名評中 (3歳以上)	以上本人	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) ① 0.25 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 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 ② 0.5m								0.25mL ^{別以上3歳未満)}			
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													

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が、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のある人
- 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る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。