

行政措置予防接種(インフルエンザ[満1歳以上6歳未満]) 予診票

幼児用

注意事項

- この予診票は、予防接種を受ける時に非常に大切なものですから、必ず下記の項目について、もれなく正しく記入してください。
- 記入はペン又はボールペンで、下記の表のあてはまるところに記入するか、○で囲んでください。
- まちがった記入のため事故が起こることもありますから、わからないことは医師に聞いて必ず正しく書いてください。

		診察前の体温		度		分	
住 所	岡山市 区	電話番号	- -				
受ける人の氏名		男	生年	平成	年	月	日生
保護者の氏名		女	月日	(満	歳	か月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種は、今年、何回目ですか	1 回目	2 回目	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	は い	い い え	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	は い	い い え	
1か月以内に家族や友人に麻疹、風しん、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	
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	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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 病名 ()	は い	い い え	
その病気を診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	
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	
そのときに熱がでましたか	は い	い い え	
薬や食品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	は い	い い え	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	は い	い い え	
先天性免疫不全、後天性免疫不全と診断されたことがありますか	は い	い い え	
これ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 予防接種の名前 ()	あ る	な い	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	は い	い い え	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	

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 (実施できる ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
医師署名又は記名押印

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

また、この予防接種は、保護者の希望により接種するもので、予防接種法に定められているものではありません。

万が一、接種による健康被害が生じた場合、岡山市による補償がありますが、補償内容は予防接種法に基づくものとは異なります。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所		実施場所	医師名	接種年月日
ワクチン名		実施場所		どうまえ耳鼻咽喉科		
Lot No.		医師名		院長 銅前 崇平		
(注)有効期限がされていないか要確認	ml	接種年月日		平成	年	月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

岡 山 市

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。

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、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入下さい。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ご記入下さい。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがあります。蜂巣炎に至った症例の報告があります。過敏症として、発しん、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、消化器として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋・骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります(いずれも頻度不明)。その他に、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(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(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等)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、(12)ネフローゼ症候群、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、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救済手続きを行うこととなります。

【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℃以上の人)
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の接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人又は、過去にその他の原因で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下さい。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【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. かぜなどの症状が出はじめたと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、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. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
6. 今までにひきつけ(けいれん)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. 妊娠している人
9. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
2. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動は避けましょう。
4. 万一、接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けて下さい。