

\*接種希望の方へ: 太ワク内にご記入下さい。

**\*事前に体温を測定し、ご記入下さい。**

診察前の体温 **36度 3分**

(フリガナ)	<b>けんこう たろう</b>	<b>男</b>	生年	<b>昭和</b>	<b>45</b> 年 <b>4</b> 月 <b>3</b> 日
受ける人の氏名	<b>健康 太郎</b>	<b>女</b>	月日	平成	( <b>52</b> 歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか	いいえ	<b>はい</b>
2. 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 前回の接種( 月 日)	<b>はい</b>
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい 具体的に( )	<b>いいえ</b>
定期的に通院している病名をご記入ください	<b>はい</b> 病名( <b>高血圧</b> )	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	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 ( <b>はい</b> ・いいえ・特に尋ねてない)	いいえ
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名( )	<b>いいえ</b>
6. 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	はい 病名( )	<b>いいえ</b>
7. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	<b>いいえ</b>
8. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい ( 回ぐらい) (最後は 年 月 日ごろ)	<b>いいえ</b>
9. 薬や食品(特に鶏肉、鶏卵、その他鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	<b>はい</b> 薬名・食品名( <b>エビ・カニなど甲殻類</b> )	アレルギーの薬品、食べ物をご記入ください いいえ
10. 今までに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患と診断されたことはありますか		<b>いいえ</b>
11. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか		<b>いいえ</b>
12. 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はありますか		<b>いいえ</b>
13. 1ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	はい ( )	<b>いいえ</b>
14. 1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい (接種日: 月 日) (予防接種名: )	<b>いいえ</b>
15. (女性の方に)妊娠中又は妊娠の可能性のありますか	はい ⇒ 今回の集団接種は出来ません	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入下さい		

本人記入欄 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することに ( <b>同意します</b> 同意しません )	署名 <b>健康 太郎</b>
---	--------------------

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 ( **実施できる** ・ 見合わせたほうがいい ) と判断します  
本人に対して予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました

**医療機関記入**

使用ワクチン インフルエンザHAワクチン「KMB」 Lot No.:	接種量 0.5 mL	医師の署名又は記名押印	実施場所・医師名・接種日時 実施場所: 接種日時: 令和 年 月 日 医療機関名: 千葉県松戸市松戸新田579-23 医療法人社団誠馨会 新東京病院 保健事業部 分室 理事長 中村 孝雄
--	---------------	-------------	---

※記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

# インフルエンザHAワクチンの接種について

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、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、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入下さい。

## <ワクチンの効果と副反応>

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。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。数日以内に自然消失します。また、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、咳、嘔吐、嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、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、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどがある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。

重大な副反応としては、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、(蕁麻疹、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)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、白血球破碎性血管炎など)、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群など。

その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談下さい。

## <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HAワクチンの接種を受けて、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、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)を起こしたことがある人  
なお、他の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相当と判断した人
- ⑤. 妊娠中の人又は妊娠の可能性がある人

## <予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなければならない人>

- ①. かぜなどのひきはじめと思われる人
- ②. 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
- ③. 過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
- ④. 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑤. 過去に免疫不全と診断されたことがある人
- ⑥. 近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑦. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑧. 薬の投与または食事(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

## <予防接種を受けた後の注意事項>

- ①. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと後30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起こることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐ連絡をと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. 接種当日の入浴は構いませんが、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、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤. 万一、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下さい。

**\* 異常な症状や反応が出た場合、速やかにお近くの医療機関にて医師の診察を受けて下さい。**

インフルエンザHAワクチンの任意接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。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をご覧ください。問い合わせ先は右記の通りです。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口  
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル  
電話: 0120-149-931(フリーダイヤル)  
URL: <https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>